



Fachstelle Gesundheitswissenschaften,
ZHAW Dep. Gesundheit



Abteilung Evaluation & Forensisch-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung

Machbarkeitsstudie: Schlussbericht

Peter Rüesch¹, Bernhard Bühlren², Szilvia Altwicker-Hátori¹, Sibylle Juvalta¹,
Silke Träbert²

1: Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

2: Abteilung Evaluation und Forensisch-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht auf seiner Webseite "Studien, Gutachten, ..." Gutachten, Expertisen, Machbarkeitsstudien etc., welche nicht in der Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit» publiziert wurden. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

- Autoren/Autorinnen:** Rüesch, Peter¹; Bührlen, Bernhard²; Altwicker-Hámori, Szilvia¹; Juvalta, Sibylle¹; Träbert, Silke²
- ¹Fachstelle Gesundheitswissenschaften
Departement Gesundheit
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur
Tel. +41 (0) 58 934 63 09
E-mail: rech@zhaw.ch
- ²Abteilung Evaluation und Forensisch-Psychiatrische Klinik,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
- Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
- Martin Wicki (Forschung und Evaluation)
Tel.: +41 (0) 31 322 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch
- Eric Patry (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
Tel.: +41 (0) 31 322 92 15
E-mail: eric.patry@bsv.admin.ch
- ISSN:** 1663-4659
- Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vorwort der Bundesamtes für Sozialversicherungen

In den 1990er Jahren ist die Anzahl der IV-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen stark angestiegen. Mittlerweile beträgt ihr Anteil etwa 43 Prozent aller IV-Renten. Diese besorgniserregende Entwicklung betrifft nicht nur die Schweiz, sondern auch zahlreiche andere Staaten. In diesem Kontext hat die Invalidenversicherung (IV) mit den 5. und 6. IVG-Revisionen das Augenmerk auf Personen mit psychischen Erkrankungen gelegt und eine Reihe von Massnahmen eingeführt, um diese zielgerichtet bei ihrer beruflichen Eingliederung zu unterstützen.

Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg dieser verstärkten Eingliederungsorientierung der IV ist eine gezielte Behandlung psychischer Erkrankungen. Es bestehen nämlich vielfältige Behandlungsmöglichkeiten (pharmakologische, psychotherapeutische und/oder komplementärmedizinische Interventionen etc.), mit denen der Eintritt einer Invalidität verhindert bzw. eine bestehende Invalidität vermindert werden können. In diesem Sinne sind das Behandlungssystem und die IV eng ineinander verzahnt: Erstens ist die IV auf eine möglichst frühzeitige und adäquate Behandlung psychischer Erkrankungen zur Vorbeugung einer Invalidisierung angewiesen. Erfolgt eine Anmeldung bei der IV, ist zweitens eine enge Zusammenarbeit zwischen der versicherten Person, deren Arzt/Ärztin und der Eingliederungsfachperson der IV ausschlaggebend, um eine optimale Behandlung in Hinblick auf das Ziel der beruflichen Eingliederung sicherzustellen („Eingliederung vor Rente“). Drittens kommt der Behandlung von bestehenden IV-Rentner/innen eine zentrale Rolle zu, um diese bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund ist es für die IV wichtig, genauere Kenntnisse über die Behandlung von psychisch Erkrankten zu erlangen. Eine mögliche Datenquelle hierfür sind die IV-Versichertendossiers. In der vorliegenden Machbarkeitsstudie haben die Forschenden geprüft, welche Informationen zur Behandlungsbiografie in diesen Dossiers systematisch auswertbar sind. Sie kommen zum Schluss, dass die Daten zwar allgemeine Analysen zu Art und Häufigkeit von psychischen Belastungen und zur diesbezüglichen Versorgungslage von versicherten Personen erlauben. Doch es erscheint als schwierig und sehr zeitaufwändig, auf Basis der Versichertendossiers vertiefende Forschungsfragen (z.B. die Identifikation von Zusammenhängen) zu beantworten, da die Qualität der Angaben recht heterogen ist. Entsprechend wird die Idee einer umfassenden Studie vorerst nicht weiterverfolgt.

Die vorliegende Studie enthält überdies dennoch einige inhaltliche Aussagen zum Thema. So geht aus ihr hervor, dass 94 Prozent der versicherten Personen mit psychischen Erkrankungen bereits vor dem Erstkontakt mit der IV in Behandlung waren. Interessant ist auch die Feststellung, dass die erste psychische Krankheits- und Behandlungsepisode oft mehrere Jahre vor dem IV-Erstkontakt beginnt, die versicherten Personen also bereits auf eine lange Behandlungsgeschichte zurückblicken, wenn sie sich bei der IV anmelden. In diesem Sinne scheint die in einigen Studien festgestellte therapeutische Unterversorgung psychisch Erkrankter auf die versicherten Personen in der IV nicht zuzutreffen. Fragen stellen sich eher in Bezug auf die Adäquanz der Behandlung (in Hinblick auf die Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit in den ersten Arbeitsmarkt) und die Gefahr einer medizinischen Überversorgung/Medikalisierung.

In diesem Kontext sind sowohl die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch die IV-Stellen gefordert. So stellen die Forschenden beispielsweise fest, dass die IV-Stellen den Behandlungsverlauf und dessen Eingliederungswirkung nicht immer genügend dokumentieren. Die IV-Stellen sollten die Behandlungsbiografie der versicherten Person jedoch gut kennen, um sie gezielt bei der Eingliederung zu unterstützen.

rung unterstützen und gegebenenfalls auch die Notwendigkeit versicherungsrechtlicher Auflagen prüfen zu können. Dies betrifft nicht nur die „Eingliederung vor Rente“, sondern auch die Wiedereingliederung der IV-Rentner/innen (Rentenrevisionen). Umgekehrt wird auch festgestellt, dass die Berichte der behandelnden Ärzt/innen teilweise lückenhaft und zu wenig auf das Eingliederungspotenzial ihrer Patient/innen ausgerichtet sind. Letztlich erfordert eine gute, eingliederungsorientierte Zusammenarbeit zwischen IV und Ärzteschaft viel Fingerspitzengefühl von beiden Seiten. BSV und FMH betreiben denn auch neuerdings die gemeinsame Informationsplattform iv-pro-medico.ch, welche die Zusammenarbeit vereinfachen und das gegenseitige Verständnis für die unterschiedlichen Rollen fördern soll. Weiter läuft derzeit ein Forschungsprojekt, das die Zusammenarbeit zwischen IV und Ärzteschaft aus bei-den Perspektiven evaluiert und Erfolgsfaktoren und Hindernisse identifiziert.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Bundesamt für Sozialversicherungen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Zusammenfassung.....	I
Résumé.....	V
Riassunto	IX
Summary	XIII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage, Problemstellung.....	1
1.2 Zielsetzungen Fragestellungen	2
1.3 Wichtige Begriffe	3
2 Methodik.....	5
2.1 Studienkonzept.....	5
2.1.1 Konzeptionelle Startphase.....	5
2.1.2 Quantitative Dossieranalyse zur Dokumentationsqualität.....	5
2.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse zum Auswertungspotenzial	5
2.1.4 Synthese, Berichterstattung	5
2.2 Kriterien der Dokumentationsqualität	6
2.3 Grundgesamtheit, Stichprobenziehung.....	6
2.3.1 Grundgesamtheit, Stichprobenplan	6
2.3.2 Definitive Stichprobe.....	7
2.3.3 Auswahl der Fälle für die vertiefte Analyse	8
2.4 Instrumente.....	9
2.4.1 Raster zur Kodierung der Dokumentationsqualität („Schnellkodierung“).....	9
2.4.2 Raster zur Dossierkodierung für die vertiefende Inhaltsanalyse.....	10
2.5 Datenanalyse.....	10
2.5.1 Quantitative Analyse.....	10
2.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse.....	11
2.6 Datenkontrolle und -plausibilisierung	11
2.6.1 Vorbemerkungen	11
2.6.2 Psychische und somatische Gesundheit und Behandlung	12
2.6.3 Merkmale des IV-Abklärungsprozesses	12
2.6.4 Zeitliche Strukturierung.....	13

3	Dokumentationsqualität: zentrale Kennwerte der erfassten Merkmale.....	15
3.1	<i>Psychische Gesundheit und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung</i>	15
3.2	<i>Somatische Gesundheit und Behandlungen</i>	19
3.3	<i>Weitere Aspekte des IV-Abklärungsprozesses</i>	22
3.4	<i>Zeitliche Strukturierung: erste, einfache Verlaufsanalysen</i>	24
3.4.1	Krankheits- und Behandlungsepisoden.....	24
3.4.2	Versicherten-Gruppen	28
3.4.3	Sequenzanalysen	29
3.5	<i>Fazit</i>	33
3.5.1	Formale Aspekte.....	33
3.5.2	Inhaltliche Aspekte	34
4	Vertiefende Inhaltsanalyse zur Behandlungssituation.....	37
4.1	<i>Vorbemerkungen</i>	37
4.2	<i>Vorhandensein der vertiefenden Informationen</i>	37
4.2.1	Generelle Merkmale der psychisch erkrankten Person.....	37
4.2.2	Kriterien für die Analyse des Therapieverlaufs.....	38
4.2.3	Rolle der IV-Stellen.....	40
4.3	<i>Querverbindungen: Behandlungen, Arbeitsfähigkeit, Erwerbssituation</i>	41
4.4	<i>Fazit</i>	42
4.4.1	Vorhandensein relevanter Daten.....	42
4.4.2	Struktur der Dossiers	42
4.4.3	Prozesssteuerung	43
4.4.4	Methodische Aspekte	43
5	Diskussion und Schlussfolgerungen	45
5.1	<i>Aufwand der Datenerhebung und -plausibilisierung.....</i>	45
5.2	<i>Prüfung der Dokumentationsqualität</i>	45
5.2.1	Formale Prüfung auf Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentation	45
5.2.2	Inhaltliches Potenzial	46
5.3	<i>Schlussfolgerungen</i>	47
5.4	<i>Ausblick</i>	48
6	Literaturverzeichnis	51
Anhang	53
	<i>Anhang 1: Erfassungsraster für die formale „Schnellkodierung“ der Dokumentationsqualität</i>	53
	<i>Anhang 2: Datenbereinigung, Inkonsistenzen</i>	60
	<i>Anhang 3: Fallbeispiel vertiefende Analyse</i>	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anzahl psychischer Krankheitsepisoden nach IV-Gebrechen.....	18
Abbildung 2	Psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsepisoden nach IV-Gebrechen...	18
Abbildung 3:	Somatische Krankheit, Anzahl Episoden nach IV-Gebrechen	21
Abbildung 4:	Zeitlicher Abstand (Monate) zwischen Datierung einer ersten psychischen Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem Erstkontakt mit IV (negative Werte=Episode liegt vor Erstkontakt)	26
Abbildung 5:	Zeitlicher Abstand (Monate) zwischen Ereignis- und Dokumentationsdatum nach Episoden psychischer Krankheit und psychiatrischen Behandlungen	27
Abbildung 6:	Beispiel – Sequenzen von vier Behandlungsepisoden für eine zufällige Teil- stichprobe (N=47)	31
Abbildung 7:	Anteil verschiedener Behandlungssequenzen am Gesamt aller psychiatr.-psychoth. Behandlungssequenzen im Zeitverlauf (Gesamtstichprobe, N=119).....	32
Abbildung 8:	Verteilung der fünf häufigsten psychiatr.-psychoth. Behandlungssequenzen im Zeitverlauf (Anzahl Fälle pro Halbjahresintervall).....	33
Abbildung 9:	Datenerfassungsmaske des Rasters für die Schnellkodierung	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stichprobe, Zeitperiode Dossiers 2005-2007	7
Tabelle 2:	Stichprobe, Zeitperiode Dossiers 2008-2010	7
Tabelle 3:	Stichprobe, gesamte Zeitperiode (2005-2010)	7
Tabelle 4:	Gesamtstichprobe (N=120), Anteil Frauen pro Schicht.....	8
Tabelle 5:	Verteilung Gebrechenscodes nach Stichproben-Schichten	8
Tabelle 6:	Zusammensetzung der Gesamtstichprobe und der Teilstichprobe für die vertiefende Analyse	9
Tabelle 7:	Dokumentation der psychischen Gesundheit und psychiatr.-psychotherapeut. Behandlungen der versicherten Personen nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten.....	15
Tabelle 8:	Zeitliche Dokumentation der psychischen Krankheitsepisoden nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)	16
Tabelle 9:	Zeitliche Dokumentation der psychischen Behandlungsepisoden nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)	17
Tabelle 10:	Dokumentationsqualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen nach IV-Gebrechen	19
Tabelle 11:	Dokumentationsqualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen nach IV-Gebrechen	19
Tabelle 12:	Dokumentation der somatischen Gesundheit und Behandlung der versicherten Personen nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung).....	20
Tabelle 13:	Zeitliche Dokumentation der somatischen Krankheitsepisoden nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)	21
Tabelle 14:	Erstkontakt: Gesundheitsproblem ursächlich für IV-Anmeldung nach IV-Gebrechen ...	22
Tabelle 15:	Angaben zur Rentenrevision bei Rentenbezüger nach IV-Gebrechen	22
Tabelle 16:	Art des Rentenrevisionsbeschluss bei Rentenbezüger mit Angaben zur Rentenrevision nach IV-Gebrechen.....	23
Tabelle 17:	Rententeil bei Rentenbezüger mit unveränderten Rentenansprüchen oder mit einer Rentenerhöhung	23
Tabelle 18:	Prüfung der Behandlungsoptionen der versicherten Personen durch IV bei der Rentenprüfungs- und bei der Rentenrevisionsphase	24
Tabelle 19:	Psychische und körperliche Gesundheit: Anzahl dokumentierte Krankheits- und Behandlungsepisoden im Zeitverlauf (Analyseebene: Episoden)	24
Tabelle 20:	Beginn psychiatrischer Behandlungen in Bezug auf Etappen des IV-Abklärungsprozesses (Analyseebene: Versichertendossiers)	25
Tabelle 21:	Psychische Gesundheit: Dauer Krankheits- und Behandlungsepisoden in Monaten ...	28
Tabelle 22:	Kombination psychiatr.-psychoth. Behandlung, Eingliederungsmassnahmen und Rentenbeschluss nach Gebrechensgruppen.....	29
Tabelle 23:	Häufigste Kombinationen von bis zu vier gleichzeitig stattfindenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden	30
Tabelle 24:	Häufige psychiatr.-psychoth. Behandlungssequenzen nach Gebrechenscode und Alter	31
Tabelle 25:	Legende des Kodierungsrasters mit den erfassten Variablen	54
Tabelle 26:	Inkonsistenzen bei der Datenerfassung der IV-Dossiers und deren Bereinigung	60
Tabelle 27:	Beschreibung eines Beispielfalles für die vertiefende Analyse	64

Abkürzungsverzeichnis

AF	Arbeitsfähigkeit
BM	Massnahme beruflicher Art bzw. Berufliche Massnahme
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
FI	Frühintervention
KSGLS	Kreisschreiben über die Gebrechens- und Leistungsstatistik
ICD	International Classification of Diseases (WHO)
IM	Integrationsmassnahme
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst

Zusammenfassung

Ausgangslage

Bei etwa jedem sechsten Einwohner bzw. jeder sechsten Einwohnerin der Schweiz ist von einer klinisch relevanten psychischen Beeinträchtigung auszugehen. Verglichen damit ist jedoch die Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsangeboten geringer. Eine mögliche Unterversorgung mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmassnahmen könnte unter anderem ein Grund dafür sein, dass psychische Störungen inzwischen in der Schweiz zur häufigsten Ursache von Berentungen aufgrund von Invalidität geworden sind. Um einen optimalen Gesundheitszustand in der Bevölkerung zu erzielen und um invaliditätsbedingte Frühberentungen möglichst zu vermeiden ist deshalb die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung auch in den Fokus der Invalidenversicherung (IV) gerückt. Die Versorgungsqualität von versicherten Personen sollte deshalb näher untersucht werden.

Aus forschungsmethodischer Sicht stellte sich dabei die Frage, inwiefern die Versorgung von versicherten Personen mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten aus den Versichertendossiers der IV-Stellen ermittelt und bewertet werden kann. Dieser Fragestellung geht die vorliegende Studie nach. Sie ist als Machbarkeitsstudie zu einer möglichen Hauptstudie konzipiert, um zunächst die Qualität der Dokumentation von psychischen Störungen sowie von entsprechenden medizinischen Behandlungsmassnahmen zu eruieren. Erst wenn sich erwiesen hat, dass IV-Dossiers die erforderlichen Informationen in ausreichendem Umfang und guter Qualität enthalten, können sie benutzt werden, um die eigentlich interessierende Frage nach der Versorgungsqualität in Bezug auf die psychische Gesundheit der versicherten Personen zu beantworten. Für die Machbarkeitsstudie formulierten die Auftraggebenden deshalb folgende Fragestellung:

Welche systematisch auswertbaren Informationen zur Behandlungsbiografie finden sich in den Versichertendossiers?

Methodik

Nach einer konzeptionellen Startphase, in der ein Plan für die Zusammensetzung einer aussagekräftigen Stichprobe von Dossiers erarbeitet und die Instrumente zur Datenerhebung entwickelt wurden, folgte die Datenerfassung in zwei Intensitätsstufen: In einer knapper gehaltenen „Schnellkodierung“ wurde in 120 IV-Dossiers primär untersucht, welche der interessierenden Merkmale zum Gesundheitszustand, zu Behandlungsmassnahmen etc. überhaupt dokumentiert sind. Diese Daten wurden einer quantitativen, statistischen Auswertung zugeführt. Zwölf dieser Dossiers wurden dann einer intensiveren Datenkodierung unterzogen, bei der nicht nur das Vorhandensein, sondern auch die Ausprägung der Merkmale erfasst wurde; die umfassendere Charakterisierung dieser Dossiers wurde dann zu einer qualitativen, inhaltsanalytischen Auswertung genutzt.

Die Datenanalysen, welche über die Prüfung des Vorhandenseins von Angaben hinausgehen, sind aufgrund der kleinen (für die quantitativen Auswertungen) bzw. sehr kleinen (für die qualitativen Auswertungen) Stichprobenumfänge als explorativ zu betrachten. Ziel war es zu zeigen, welche Analysen grundsätzlich möglich sind. Inhaltlich aussagekräftigere Ergebnisse wären einer Hauptstudie vorbehalten, die auf der vorliegenden Machbarkeitsstudie aufbaut.

Die Dossiers wurden aus der Grundgesamtheit von Personen gewählt, welche bei der IV mit einem IV-Gebrechenscode aus dem Bereich 641-646 angemeldet waren. Aus diesen wurde eine geschich-

tete Zufallsstichprobe von N=120 Dossiers gezogen. Die Schichtung erfolgte nach den Merkmalen Zeitperiode des Erstkontakts mit der IV, Altersgruppe sowie Rentenstatus. Hinsichtlich der weiteren soziodemographischen Merkmale der versicherten Personen und der geographischen Verteilung wurde durch eine Zufallsauswahl Repräsentativität für die Gesamtschweiz hergestellt.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass die Dossiers nützliche Angaben zu psychischen Belastungen und zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der versicherten Personen enthalten. Umfang und Qualität der Angaben sind jedoch sehr heterogen. Die Extraktion der wichtigsten Daten aus den Dossiers und ihre Strukturierung erfordern einen erheblichen Zeiteinsatz.

Die Datenerhebung bzw. die Kodierung der Dossierinformationen mit einem strukturierten Erfassungsraster erwies sich als wesentlich aufwändiger als ursprünglich angenommen. Für die sogenannte „Schnellkodierung“ wurden durchschnittlich 2½ und für die vertiefende Analyse 4½ Stunden pro Dossier benötigt. Neben der Datenerhebung erwies sich aber auch die Datenplausibilisierung bei der Schnellkodierung als äusserst aufwändig. Trotz Schulung der Kodiererinnen fanden sich in den Rohdaten im Rahmen einer ersten Kontrolle relativ viele Inkonsistenzen, die aus dem geringen Strukturierungsgrad der Dossiers und der schier unüberschaubaren Fülle teils auch widersprüchlicher Informationen resultierten.

Von zentralem Interesse für die vorliegende Studie waren die Merkmalsbereiche psychische Krankheit, psychiatrische Diagnosen, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen, Arten dieser Behandlungen. Für diese liegen bei fast allen Fällen der Untersuchungsstichprobe Informationen in den Dossiers vor. Insgesamt wurde die Dokumentationsqualität im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen bei rund zwei Drittel der Fälle als gut und bei rund einem Drittel als gering bis schlecht eingestuft.

Die zeitliche Verortung der Krankheits- und Behandlungsepisoden ist nur mit Einschränkungen möglich: Häufig fehlt das Enddatum einer Krankheits- oder Behandlungsepisode. Dies ist zum Teil auf einen chronischen Verlauf zurückzuführen, aber zum Teil wahrscheinlich auch auf eine fehlende Überprüfung und Dokumentation im Rahmen der Dossierführung. Die einzelnen Etappen des IV-Abklärungsprozesses sind in den Dossiers identifizierbar. Zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen und zum Rentenbeschluss liegen in den meisten Fällen eindeutige Informationen vor. Explizite Aktivitäten der IV zur Einschätzung, ob die Behandlungsmöglichkeiten bei einer versicherten Person ausgeschöpft waren, bevor ein Rentenbeschluss getroffen wurde, konnten in sehr wenigen Fällen identifiziert werden.

Die Abbildung des zeitlichen Verlaufes des IV-Abklärungsprozesses über die Etappen Erstkontakt–Eingliederungsmassnahmen–Rentenbeschluss–Rentenrevision ist auf der Grundlage der Dossierinformationen gut möglich. Die Darstellung von Krankheits- und Behandlungsverläufen ist unter Vorbehalt ebenfalls möglich.

Die Angemessenheit der Behandlungen sowie die Resultate (bzw. die Wirksamkeit) der medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sowie der Eingliederungsmassnahmen lassen sich häufig nur sehr eingeschränkt oder auch gar nicht bewerten, da sie oft in den Versichertendossiers nicht dokumentiert sind. Insbesondere die Angaben zur Arbeitsfähigkeit und zum Bedarf für weitere Therapien bzw. Massnahmen sind kaum abgebildet.

Schlussfolgerungen

Die vorhandenen Daten ermöglichen aussagekräftige allgemeine Analysen zu Art und Häufigkeit von psychischen Belastungen und zur diesbezüglichen Versorgungslage von versicherten Personen. Weitere Merkmale jedoch, die sowohl für die Beurteilung der Qualität der Versorgung als auch für die Entscheidung, ob und welche Behandlungsmassnahmen bei einer individuellen versicherten Person nützlich waren oder zukünftig angemessen wären, lassen sich aus den Dossiers häufig nicht entnehmen.

Für die Bewertung der Angemessenheit und des Ergebnisses durchgeführter Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie für eine Planung und Initiierung weitergehender Massnahmen sind die vorhandenen Informationen und ihre Strukturierung meist nicht ausreichend geeignet (Ausnahmen: Gutachten, RAD-Mitteilungen).

Die Dossiers sind oft wenig strukturiert. Um als Grundlage für eine Steuerung der medizinischen Versorgung in der individuellen Fallbetreuung dienlich zu sein, müssten die Dossiers klarer strukturiert sein und alle erforderlichen Informationen enthalten.

Die Daten, v.a. auch im Hinblick auf die zentrale Grösse der Arbeitsfähigkeit im Zeitverlauf, waren nicht immer vollständig. Es werden zwar vorstrukturierte Fragebögen für die Abfrage der Informationen bei den Haus- und Fachärzten verwendet, welche die Angaben aber oft nicht oder nicht in ausreichender Qualität der IV liefern. Hier könnten Massnahmen ergriffen werden, um den Datenzufluss zur IV-Stelle zu verbessern.

Ausblick

Die ursprünglich anvisierte Hauptstudie kann u.E. partiell realisiert werden. Allerdings müsste der zeitliche und finanzielle Rahmen der Studie grundlegend überdacht werden, da der Aufwand für die erforderlichen Dossieranalysen sehr hoch ist. Darüber hinaus ist zu beachten, dass kausale Analysen, bei denen bestimmte Behandlungsparameter zum Eingliederungserfolg in Bezug gesetzt werden, kaum realisierbar sind aufgrund der teilweise lückenhaften Erfassung der Behandlungsparameter.

Als alternative Option möchten wir eine Untersuchung der Fallführung und -Dokumentationspraxis in den IV-Stellen vorschlagen. Hintergrund: Im Rahmen der vorliegenden Studie zeigten sich verschiedene Eigenheiten und Schwierigkeiten der Dokumentationspraxis und bei der Fallsteuerung der IV-Stellen. Eine weiterführende Studie könnte hier ansetzen und gezielter – d.h. basierend auf konkreten Kriterien – die Dokumentationspraxis und Fallführung untersuchen. Die Ergebnisse könnten Grundlagen für die Entwicklung von Dokumentationsstandards liefern, die eine effektivere Koordination und Kontrolle der Behandlungen einer versicherten Person durch die IV-Stellen erlauben würden.

Résumé

Contexte

En Suisse, environ une personne sur six présente des signes cliniques d'affection psychique. Or le nombre de personnes suivant un traitement psychiatrique n'est pas aussi élevé. Cet éventuel manque de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique pourrait expliquer en partie pourquoi les troubles psychiques sont devenus la première cause d'octroi de rente d'invalidité dans notre pays. L'assurance-invalidité (AI) s'intéresse à l'amélioration de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, afin d'optimiser l'état de santé de la population et d'éviter l'octroi précoce de rentes. Il faut donc étudier de plus près la qualité de prise en charge des assurés.

D'un point de vue méthodologique, il s'agit de déterminer dans quelle mesure les dossiers établis par les offices AI permettent de connaître la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique des assurés et de l'apprécier. C'est sur cette question que porte la présente étude de faisabilité en vue d'une éventuelle étude principale. Elle vise à évaluer la qualité de la documentation des troubles psychiques et des traitements médicaux. Ce n'est que s'il s'avère que les dossiers AI contiennent les informations nécessaires – en quantité et en qualité – qu'ils pourront être utilisés pour répondre à la question centrale, à savoir celle de la qualité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. L'étude de faisabilité répond à la question suivante :

Quelles informations relatives au traitement des assurés et analysables de manière systématique figurent dans les dossiers des assurés ?

Méthodologie

La phase de lancement a consisté à élaborer un plan pour la collecte d'un échantillon pertinent de dossiers et à développer des instruments pour la collecte des données. La saisie des données s'est faite en deux temps. On a tout d'abord procédé à un encodage rapide de 120 dossiers AI pour déterminer la présence de différentes informations dans ces dossiers, comme l'état de santé, les mesures de traitement, etc. Ces données ont permis de réaliser une évaluation statistique (quantitative). Douze dossiers ont ensuite été traités plus en profondeur : pour ceux-ci, on ne s'est pas contenté de vérifier si les informations étaient disponibles, mais on a également saisi leur degré de précision. Ce traitement plus détaillé a permis de réaliser une analyse qualitative des contenus des dossiers.

Les analyses allant au-delà du simple contrôle de la présence de certaines indications ont une valeur purement indicative, vu la taille de l'échantillon (pour les analyses quantitatives et encore davantage pour les analyses qualitatives). Le but était de montrer les analyses possibles en principe. Une étude plus poussée s'appuyant sur la présente étude de faisabilité serait nécessaire pour obtenir des résultats plus probants.

120 dossiers ont été sélectionnés parmi ceux portant un code d'infirmité compris entre 641 et 646, en tenant compte de trois caractéristiques – la date du premier contact avec l'AI, le groupe d'âge et la perception ou non d'une rente – afin d'obtenir un échantillon aléatoire représentatif. On a également veillé à la représentativité pour ce qui est des autres critères sociodémographiques des assurés et de la répartition géographique.

Résultats

Les dossiers contiennent des indications utiles sur les troubles psychiques rencontrés par les assurés et sur leur prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique. Cependant, le volume et la qualité des indications sont très hétérogènes. L'extraction des principales données et leur structuration prennent énormément de temps.

La collecte des données et l'encodage des informations à l'aide d'une grille structurée ont nécessité nettement plus de travail que prévu. L'encodage rapide a nécessité en moyenne 2 heures et demie par dossier et 4 heures et demie ont été nécessaires pour l'analyse approfondie. Outre la collecte des données, c'est le contrôle de leur plausibilité au cours de l'encodage rapide qui a été particulièrement gourmand en temps. Malgré la formation des personnes chargées de l'encodage, un premier contrôle a révélé de nombreuses incohérences au niveau des données brutes. Cela était probablement lié au manque de structuration des dossiers et à l'abondance d'informations parfois contradictoires quasi impossibles à trier.

La présente étude s'est surtout consacrée aux aspects suivants : maladie psychique, diagnostic psychiatrique, traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, types de traitement. Presque tous les dossiers de l'échantillon contenaient des informations sur ces aspects. Globalement, la qualité de la documentation dans le domaine des traitements a été considérée comme bonne dans deux tiers des cas et comme faible à mauvaise dans les autres cas.

Il est en revanche difficile de relever l'évolution de la maladie et des traitements, car il n'est pas rare que la date de fin des épisodes ne figure pas dans le dossier. Cela tient en partie à leur caractère chronique, mais parfois aussi vraisemblablement au manque de contrôle et de documentation lors de la tenue du dossier. Les différentes étapes de la procédure d'instruction de l'AI sont identifiables dans les dossiers. Dans la plupart des cas, des informations claires sont fournies sur la réalisation de mesures de réadaptation et la décision de rente. Par contre, seuls quelques rares dossiers ont permis d'identifier les activités concrètes menées par l'AI pour évaluer si les possibilités de traitement étaient épuisées pour un assuré avant de rendre sa décision relative à l'octroi d'une rente.

Les informations fournies dans les dossiers permettent de bien retracer les quatre étapes de la procédure d'instruction de l'AI : premier contact, mesures de réadaptation, décision de rente et révision de la rente. Il est également possible d'esquisser le déroulement de la maladie et du traitement, mais avec des réserves.

Il est souvent très difficile, voire impossible, d'évaluer l'adéquation des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, leur résultat (efficacité) et celui des mesures de réadaptation, car ils ne sont souvent pas documentés dans les dossiers des assurés. En particulier, les dossiers contiennent rarement des indications relatives à la capacité de travail et à la nécessité d'autres thérapies ou mesures.

Conclusions

Les données disponibles permettent d'effectuer des analyses générales probantes sur le type et la fréquence des affections psychiques, ainsi que sur la prise en charge thérapeutique des assurés concernés. Cependant, il arrive souvent que les dossiers ne permettent pas de tirer de conclusions sur d'autres aspects qui permettraient d'évaluer la qualité de la prise en charge et de décider si des mesures et, le cas échéant, lesquelles, ont été utiles ou seraient adéquates pour un assuré donné.

Les informations disponibles et leur structuration ne suffisent généralement pas (à l'exception des expertises et des communications des SMR) pour évaluer l'adéquation et le résultat des traitements et des mesures de réadaptation réalisés ni pour planifier et lancer d'autres mesures.

Les dossiers manquent fréquemment de structure. Pour pouvoir servir de base à un pilotage de la prise en charge médicale au cas par cas, il faudrait qu'ils soient mieux structurés et contiennent toutes les informations nécessaires.

Les données n'étaient pas toujours complètes, surtout en ce qui concerne la composante centrale qu'est l'évolution de la capacité de travail. Des questionnaires structurés sont utilisés pour la collecte d'informations auprès des médecins traitants et des spécialistes, mais bien souvent, ceux-ci ne fournissent pas suffisamment d'informations à l'AI ou donnent des informations de qualité insuffisante. Des mesures pourraient être prises pour améliorer le flux de données vers les offices AI.

Perspectives

L'étude principale envisagée au départ est partiellement réalisable. Il faudrait toutefois revoir en profondeur le calendrier et le budget, car l'analyse des dossiers prend beaucoup de temps. En outre, il n'est guère possible d'effectuer des analyses causales – pour établir un lien entre certains paramètres du traitement et le succès de la réadaptation – car ces paramètres ne sont pas toujours saisis intégralement dans les dossiers.

Comme autre solution, nous proposons d'effectuer une analyse de la pratique des offices AI en matière de gestion des cas et de documentation. La présente étude a en effet relevé différentes particularités et difficultés dans ce domaine. Une étude plus poussée permettrait d'étudier cette question de manière plus ciblée, en se basant sur des critères concrets. Les résultats pourraient servir de base au développement de standards de documentation, qui permettraient aux offices AI de mieux coordonner et contrôler les traitements d'un assuré.

Riassunto

Contesto

Si presuppone che in Svizzera un residente su sei sia affetto da un danno alla salute psichica clinicamente rilevante. Tuttavia, un numero più esiguo di persone rispetto a questo dato ricorre all'offerta di assistenza psichiatrica disponibile. Una scarsa offerta di assistenza psichiatrica o psicologica potrebbe essere uno dei motivi per cui i disturbi psichici sono diventati la causa più frequente per la concessione di nuove rendite per invalidità. Pertanto, per migliorare lo stato di salute della popolazione ed evitare quanto possibile l'attribuzione precoce di nuove rendite in seguito a invalidità, anche l'assicurazione invalidità (AI) ha posto al centro della propria attenzione il miglioramento dell'offerta dell'assistenza in questo campo. Ha dunque voluto analizzarne la qualità nel dettaglio.

Riguardo al metodo da adottare per la ricerca si è posta la domanda in quale misura l'assistenza psicologica e psichiatrica fornita agli assicurati possa essere individuata e valutata in base agli incarti personali in possesso degli uffici AI. La presente analisi verte su questa domanda. Intesa come studio di fattibilità preliminare a una più ampia ricerca, essa valuta, come primo passo, la qualità della documentazione sui disturbi psichici e le relative misure terapeutiche. Solo quando si sarà accertato che gli incarti dell'AI contengono le informazioni necessarie in quantità sufficiente e di buona qualità, si potranno usare le medesime per rispondere alla domanda di fondo, ossia qual è la qualità dell'offerta dell'assistenza agli assicurati nel campo della salute psichica. Per lo studio di fattibilità i committenti hanno dunque formulato il seguente quesito:

Quali informazioni sulla storia terapeutica utilizzabili in modo sistematico sono contenute negli incarti AI?

Metodo

Nella fase iniziale di ideazione è stato elaborato un piano per la composizione di un campione attendibile di incarti e sono stati sviluppati gli strumenti per la rilevazione dei dati; quest'ultima è stata effettuata poi nella seconda fase, con due gradi d'intensità: nell'ambito di una codifica rapida sono stati analizzati 120 incarti AI, in primo luogo per sapere se le caratteristiche rilevanti dello stato di salute, delle misure terapeutiche ecc. erano documentate. Questi dati sono stati sottoposti a un'analisi statistica quantitativa. Successivamente dodici di questi incarti sono stati analizzati in maggior dettaglio tramite codifica dei dati, con cui si è accertato non solo la presenza, ma anche l'entità delle caratteristiche; la caratterizzazione più completa di questi incarti è stata sfruttata poi per una valutazione qualitativa del contenuto.

Le analisi dei dati che esulano dalla verifica della presenza di determinate caratteristiche sono da considerarsi esplorative in quanto si tratta di campioni esigui (per le valutazioni quantitative) o molto esigui (per le valutazioni qualitative). L'obiettivo è stato quello di mostrare quali analisi siano in linea di massima possibili. I risultati più significativi dal punto di vista del contenuto sarebbero riservati alla ricerca principale derivante dal presente studio di fattibilità.

Gli incarti sono stati selezionati dalla totalità degli assicurati registrati presso l'AI con codice d'invalidità AI da 641 a 646. Da questi incarti è stato estratto a caso un campione stratificato di n=120 incarti. La stratificazione si è basata sulle seguenti caratteristiche: periodo del primo contatto con l'AI, fascia di età e situazione riguardo alla rendita. Per garantire che fosse rappresentata tutta la Svizzera-

ra, si è proceduto a una selezione a caso riguardo alle altre caratteristiche sociodemografiche degli assicurati e alla loro distribuzione geografica.

Risultati

Si è mostrato che gli incarti contengono, in effetti, indicazioni utili sul disturbo psichico e l'assistenza psichiatrica e psicologica fornita agli assicurati, ma l'entità e la qualità dei dati sono molto eterogenee. L'estrazione dei dati principali dagli incarti e la loro strutturazione richiedono un notevole dispendio di tempo.

La rilevazione dei dati e la codifica delle informazioni mediante una griglia di rilevazione strutturata si sono rivelate molto più onerose di quanto si pensasse inizialmente. La cosiddetta codifica rapida ha richiesto in media 2 ore e mezza e l'analisi approfondita 4 ore e mezza per incarto. Inoltre è risultata notevolmente dispendiosa anche l'operazione di rendere plausibili i dati nell'ambito della codifica rapida. Nonostante la formazione delle addette alla codifica, il primo controllo dei dati grezzi ha portato alla luce numerose incoerenze dovute alla scarsa strutturazione degli incarti e a una quantità praticamente ingestibile di informazioni, talvolta anche contraddittorie.

Al centro dell'interesse del presente studio sono state le caratteristiche malattia psichica, diagnosi psichiatrica, terapie psichiatriche e psicologiche e tipi di terapia. Su queste caratteristiche gli incarti contengono informazioni per quasi ognuno dei casi trattati nell'ambito del campione. La qualità della documentazione riguardo alle terapie psichiatriche e psicologiche è stata giudicata buona in circa due terzi dei casi e da scarsa a cattiva nel restante terzo.

La determinazione temporale degli episodi patologici e terapeutici è possibile soltanto con certe restrizioni: spesso manca la data finale dell'episodio. Questo è dovuto in parte al decorso cronico della malattia, in parte probabilmente alla mancata verifica e documentazione nell'ambito della tenuta dell'incarto. Negli incarti è possibile identificare le singole tappe del processo di accertamento AI. Nella maggior parte dei casi sono disponibili informazioni univoche sull'esecuzione di provvedimenti d'integrazione e la decisione di rendita. Solo in pochissimi casi è stato possibile determinare se l'AI aveva messo in atto misure esplicite per valutare se tutte le possibilità terapeutiche di un assicurato erano state esplorate prima di prendere una decisione di rendita.

Sulla base degli incarti è senz'altro possibile rappresentare l'asse temporale del processo di accertamento AI percorrendo le tappe primo contatto, provvedimenti d'integrazione, decisione di rendita e revisione della rendita. Con alcune riserve è possibile rappresentare anche il decorso della malattia e della terapia.

Spesso, invece, si possono valutare solo limitatamente o è impossibile valutare l'adeguatezza delle terapie e l'esito (ossia l'efficacia) delle terapie psichiatriche o psicologiche nonché dei provvedimenti d'integrazione perché questi aspetti non sono documentati nei dossier degli assicurati. Sono scarsamente documentate inoltre la capacità al lavoro e la necessità di ulteriori terapie o provvedimenti.

Conclusioni

I dati disponibili permettono di analizzare in modo attendibile e a livello generale il tipo e la frequenza dei disturbi psichici nonché l'assistenza fornita agli assicurati in questo campo. Tuttavia spesso non è possibile evincere dagli incarti altre caratteristiche importanti necessarie per valutare la qualità

dell'assistenza e decidere se e quali misure terapeutiche sono state utili per un assicurato o potrebbero rivelarsi adeguate in futuro.

Nella maggior parte dei casi le informazioni disponibili e la loro strutturazione non hanno la qualità necessaria per valutare l'adeguatezza e il risultato dei provvedimenti terapeutici e d'integrazione e la pianificazione e l'avviamento di ulteriori provvedimenti (eccezioni: perizie, comunicazioni dei SMR).

Gli incarti spesso sono poco strutturati. Per poter fungere da base per la gestione dell'assistenza medica nell'ambito del trattamento individuale del caso, gli incarti dovrebbero presentare una strutturazione più chiara e contenere tutte le informazioni necessarie.

I dati non sono sempre stati completi, soprattutto per quanto concerne la caratteristica centrale della capacità al lavoro nel corso del tempo. È vero che si utilizzano questionari con una struttura predefinita con cui chiedere informazioni ai medici generici e ai medici specialisti, ma questi ultimi spesso non le forniscono all'AI o non ne forniscono di qualità sufficiente. Riguardo a questo punto si potrebbero adottare misure per migliorare il flusso d'informazioni con gli uffici AI.

Prospettive

A nostro parere è possibile svolgere in parte lo studio principale prospettato in origine. Bisognerebbe tuttavia ripensare a fondo il suo quadro temporale e finanziario, poiché l'analisi degli incarti richiesta è molto dispendiosa. Va inoltre considerato che è quasi impossibile svolgere un'analisi dei nessi causali tra determinati parametri delle terapie e la riuscita dell'integrazione a causa della rilevazione lacunosa di detti parametri.

Come opzione alternativa proponiamo un esame della gestione dei casi e della prassi documentale negli uffici AI. Contesto: nel quadro della presente analisi sono emerse diverse caratteristiche e difficoltà relative alla prassi documentale e la gestione dei casi negli uffici AI. Uno studio di approfondimento potrebbe partire da questa constatazione ed esaminare in modo più mirato, vale a dire secondo criteri concreti, la prassi documentale e la gestione dei casi. I risultati potrebbero fornire le basi per sviluppare criteri documentali uniformi tali da permettere un coordinamento e un controllo più efficace delle terapie degli assicurati da parte degli uffici AI.

Summary

Background

Around one in six persons in Switzerland is estimated to suffer from a clinically relevant psychological impairment. By comparison, however, the number of people availing themselves of the psychiatric services on offer is relatively low. A potential lack of psychiatric/psychotherapeutic treatment options could be one of the reasons for the fact that psychological disorders are already the most frequent cause in granting disability pensions in Switzerland. In order to achieve the best possible state of health for the population and, where possible, avoid disability-induced early retirement, improving the provision of psychiatric/psychotherapeutic services has become the focus of the invalidity insurance (IV) scheme. To this end, the quality of the services provided to insureds needed to be examined more closely.

From the standpoint of research methodology, the question arose as to the extent to which information on the psychiatric/psychotherapeutic services provided to insureds could be extracted from the files kept by the IV offices and subsequently evaluated. The purpose of the present study was to examine this issue. It was conceived as a feasibility study for the potential main study to follow. The initial aim was to determine the quality of the documentation of psychological disorders and the corresponding medical treatment of those disorders. Only after establishing that the IV files contain the required information in adequate quality and scope, can they be used to answer the question of real interest – namely whether the quality of the services provided was appropriate to the needs of the insureds in terms of their psychological condition. Those commissioning the feasibility study thus formulated the following central question:

What systematically analysable information on treatment history can be found in the insureds' files?

Methodology

After an initial conceptual phase, during which a plan was drafted for compiling a meaningful sample of files and the data-collection tools were developed, the corresponding data was captured in two levels of intensity. In an initial "rapid encoding" process, 120 IV files were examined primarily to determine which, if any, of the features of interest on the patients' state of health, treatment measures, etc. were documented. This data was then subjected to a quantitative statistical analysis. Twelve of the files in question subsequently became the object of a more intensive encoding process, as part of which not only the existence of the features, but also their specifications, were recorded. This more comprehensive analysis of the files formed the basis for a qualitative evaluation of their content.

Given that the scope of the sample was narrow (for quantitative evaluations) and very narrow (for qualitative evaluations), the data analyses going beyond ascertainment of the mere existence of the features must be regarded as exploratory. The goal was to demonstrate what analyses are basically possible. It would be the purpose of the main study (building on the present feasibility study) to produce more meaningful results in terms of content.

The files were selected from the population of persons registered with the IV insurance scheme and with an IV infirmity code in the range 641–646. From this population, a stratified random sample of N=120 files was selected. Stratification was based on the features "time of first contact with IV insurance", "age group" and "pension status". In terms of the insureds' other socio-demographic features

and regional distribution, a random selection ensured the representativity of the data for Switzerland as a whole.

Results

The files were shown to contain useful information on the psychological ailments suffered by the insureds and on the psychiatric/psychotherapeutic services they receive. However, both the scope and the quality of that information are quite heterogeneous. Extracting the key data from the files and structuring it is a very time-consuming process.

The collection and encoding of the data using a structured data-acquisition grid ultimately proved to be much more labour-intensive than originally assumed. The "rapid encoding" process required an average of 2½ hours per file, while the detailed analysis took as much as 4½ hours per file. In addition to the data collection, it was the verification process for "rapid encoding" that proved extremely time-consuming. Although the encoders had received special training, an initial check of the raw data revealed a relatively high number of inconsistencies, which were the result of the relative lack of structure in the files and the vast amount of (sometimes contradictory) information contained in them.

The present study focused on features such as psychological illness, psychiatric diagnoses, and the types of psychiatric/psychotherapeutic treatments. In almost all the cases in the sample analysed, corresponding information was available in the files. All in all, the quality of the documentation as regards psychiatric/psychotherapeutic treatments was assessed as being good in around two-thirds of cases, and low to poor in about one-third.

Establishing the times of the respective illness episodes and treatment phases was possible only to a limited degree because the end-date of the episode or treatment phase was often missing in the files. This is due in part to the chronic nature of the ailments, but also to the fact that the documentation is not checked. The individual phases of the IV clarification process are identifiable in the files. In most cases, clear information is given on the implementation of reintegration measures and on a decision in respect of payment of a pension. Only in very few cases was it possible to identify the explicit activities taken by the IV office in order to assess whether the treatment options had been fully exploited before the decision to award a pension was taken.

It is quite possible on the basis of the information in the files to map the sequence of the IV clarification process through the phases Initial Contact – Reintegration Measures – Pension Decision – Pension Review. It is also possible, to a certain extent, to track the development of illnesses and the course of treatments.

The adequacy of the medical and psychiatric/psychotherapeutic treatments and the results (or effectiveness) of those treatments and of the reintegration measures taken can often be assessed only to a very limited extent or not at all, owing to the fact that such information is not documented in the insureds' files. In particular, the files contain hardly any data on the insureds' ability to work and the potential need for further therapy or other measures.

Conclusions

The data available in the insureds' files permits meaningful general analyses of the nature and frequency of their psychological ailments and the corresponding treatment provided. However, other characteristics – which could be useful both in assessing the quality of the treatment provided and in

deciding whether and, if so, which measures proved useful for an individual insured and which could be appropriate in future – often cannot be gleaned from the files.

The available information and the way it is structured is generally unsuitable both for evaluating the adequacy of the treatment and reintegration measures provided and for planning and initiating further measures (the only exceptions in this context are expert reports and the information provided by the regional medical services (RAD)).

The files are often inadequately structured. In order to serve as a basis for managing medical care in individual cases, the files would have to be more clearly structured and contain all the required information.

The data was not always complete, especially as regards the key factor, i.e. how the person's ability to work has developed and will develop over time. Although structured questionnaires are used to obtain information from general practitioners and specialists, these doctors often do not provide the IV offices with the required data at all or only in insufficient quality. Measures could be taken here to improve the flow of data to the IV offices.

Outlook

In our opinion, the main study originally envisaged can be partially implemented. However, both the time horizon and financial parameters of the study ought to be thoroughly reviewed as analysing the files is a very time-consuming process. Moreover, given the inadequate recording of treatment parameters in the files, the low feasibility of carrying out causal analyses, in which certain treatment parameters are viewed in relation to the success of reintegration, must be borne in mind.

An alternative option in our opinion would be to examine case management and documentation practice at the IV offices. Background: The present study revealed a number of peculiarities and difficulties in respect of documentation practice and case management at the IV offices. A further study could build on this and take a more targeted approach – i.e. on the basis of specific criteria – to examining documentation practice and case management. The results of such a study could provide the foundations for developing documentation standards that would permit more effective coordination of the treatments that the IV offices authorize for the insureds.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage, Problemstellung

Bei etwa jedem sechsten Bürger bzw. jeder sechsten Bürgerin der Schweiz ist von einer klinisch relevanten psychischen Beeinträchtigung auszugehen. In der Selbsteinschätzung fühlen sich gut 17% der Schweizer Bevölkerung stark oder mittelstark psychisch belastet (Schuler & Burla, 2012). Die Häufigkeit psychischer Belastung nimmt über die Zeit hinweg deutlich zu und das psychische Wohlbefinden entsprechend stark ab. 2007 haben sich gut 5% der Bevölkerung wegen psychischer Probleme behandeln lassen. Diese Inanspruchnahme bedeutet zwar eine Zunahme gegenüber 10 Jahren vorher, ist aber verglichen mit der geschilderten Prävalenz psychischer Belastung immer noch als gering zu bewerten. Eine zu späte oder ungenügende Versorgung erhöht bei psychischen Störungen aber das Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung sowie Suizidalität und Arbeitsunfähigkeit.

Bereits in den 1990er Jahren ist die Anzahl der IV-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen stark angestiegen (Rüesch & Manzoni, 2003). Psychische Erkrankungen sind inzwischen die häufigste Invaliditätsursache. Mehr als die Hälfte der psychisch bedingten Neurenten gehen auf psychogene Störungen und so genannte „Psychopathien“ zurück, Schizophrenien machen 11,7% und andere Psychosen 15,0% aus. Am höchsten ist der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheiten mit 71,4% in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen (Schuler & Burla, 2012).

Psychische Erkrankungen werden häufig nicht oder erst spät als solche von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen wahrgenommen. Professionelle Unterstützung (z.B. durch Ärztinnen/Ärzte, externe Beratungsstellen oder IV-Stellen) wird selten oder zu spät in Anspruch genommen (Apfel & Riecher-Rössler, 2005; Nussbaum, Riecher-Rössler, Grize, & Apfel, 2008). Deshalb enden derartige Problemsituationen meist in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses, was dann wiederum die Wahrscheinlichkeit einer IV-Berentung erhöht (Baer, Fasel, Frick, & Wiedermann, 2011).

Eine bestmögliche Behandlung ist Voraussetzung für die optimale Eingliederung von psychisch Kranken in den Arbeitsmarkt wie auch für ihre Partizipation am gesellschaftlichen Leben insgesamt (OECD, 2012; Rüesch, Graf, Meyer, & Hell, 2002; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler, & Hell, 2004). Über die Inanspruchnahme von psychotherapeutisch-psychiatrischen Therapiemassnahmen durch Personen mit drohender Invalidisierung ist allerdings noch wenig bekannt. IV-Rentenbezügerinnen und -bezüger sind besonders häufig schlechter ausgebildet als der Bevölkerungsdurchschnitt, insbesondere psychisch kranke IV-Rentnerinnen und -Rentner sind zudem beruflich vergleichsweise weniger gut eingegliedert als Personen mit anderen Gründen für eine IV-Rente (Wanner, 2012).

(Fasel, Baer, & Frick, 2010) untersuchten verschiedene Einflussfaktoren der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste. Es zeigte sich, dass Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status psychiatrische Versorgungsangebote weniger nutzen. Hinsichtlich des Erwerbsstatus konnte lediglich ermittelt werden, dass Arbeitslosigkeit und Berentung mit erhöhter Inanspruchnahme einhergehen.

Eine Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen ergab, dass die Betroffenen häufig überfordert sind, sich selbst Hilfe zu organisieren oder Hilfe durch andere anzufordern. Personenmerkmale aufseiten der Betroffenen, wie die Kenntnis der Angebote oder ihre Kompetenzerwartung, sind wesentliche Einflussgrößen für die Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem. Berufsintegrative Massnahmen wurden zum damaligen Zeitpunkt noch zu selten und wenn, dann häufig zeitverzögert nach einem stationären Aufenthalt eingesetzt (Herd, Winkel, & Laskowska, 2010).

Andererseits zeigen Erfahrungen aus Berufsförderungskursen in Zürich auch, dass selbst schwer psychisch kranke Personen, die bereits von Unterstützungsgeldern der IV gelebt haben, durch effektive Interventionen zu einem grossen Teil wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden können (Condrau, Müller, Eichenberger, Gossweiler, & Rössler, 2001).

Die Invalidenversicherung (IV) hat auf diese Entwicklung reagiert und mit den 5. und 6. Revisionen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) das Augenmerk auf Personen mit psychischen Erkrankungen gelegt. Ziel ist es, psychisch Belastete oder Kranke durch gezielte Massnahmen beim Verbleib im Erwerbsleben oder bei ihrer beruflichen (Wieder-)Eingliederung zu unterstützen. Eine Invalidenrente kann und soll nur dann zugesprochen werden, wenn eine (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben als nicht möglich angesehen wird. Um den Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ auch im Feld der psychischen Erkrankungen noch besser umsetzen zu können, hat die IV neue Instrumente zur Verfügung, u.a. die Früherfassung und Frühinterventionen, welche einer Invalidität vorbeugen und helfen sollen, möglichst frühzeitig die geeigneten Massnahmen einzuleiten (Bolliger, Fritschi, Salzgeber, Zürcher, & Hümbelin, 2012).

1.2 Zielsetzungen Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Studie ausgeschrieben zur Behandlungssituation von Personen, die aufgrund eines psychischen Problems oder einer psychischen Krankheit mit der IV in Kontakt traten. Im Zentrum steht eine Analyse der Therapieverläufe vor der Anmeldung bei der IV, während des Abklärungsprozesses und während einem allfälligen IV-Rentenbezug. Systematisch soll die Behandlungssituation dieser Personen an fünf Zeiträumen bzw. -punkten dargestellt und untersucht werden:

1. vor dem Erstkontakt mit der IV,
2. beim Früherfassungsgespräch (falls durchgeführt) bzw. der IV-Anmeldung,
3. während der Eingliederungsphase/Abklärung nach der IV-Anmeldung,
4. beim Rentenentscheid und
5. während dem Rentenbezug (z.B. erste Rentenrevision).

Als Grundgesamtheit gelten alle Personen mit einer psychischen Erkrankung, die sich in einem bestimmten Zeitraum bei der IV angemeldet haben bzw. im Rahmen der Früherfassung gemeldet wurden.

In der Startphase des vorgesehenen Projektes wurde jedoch entschieden, dass zunächst eine Machbarkeitsstudie durchgeführt werden soll. Hauptgrund dieses Anliegens waren Zweifel der BSV-Vertretenden an der Eignung der Dossiers von versicherten Personen für das Vorhaben der Hauptstudie. Es lagen Hinweise vor, dass der Detaillierungsgrad der Dossiers sehr unterschiedlich ist (vgl. die Studie von (Baer, Frick, & Fasel, 2009) und daher die Qualität der Dossiers als zentrale Datenbasis für die geplante Studie problematisch sein könnte. Der vorliegende Bericht basiert deshalb auf dieser Machbarkeitsstudie.

Für die Machbarkeitsstudie formulierten die Auftraggebenden folgende Fragestellung:

Welche systematisch auswertbaren Informationen zur Behandlungsbiografie finden sich in den Versichertendossiers?

Ausserdem sollten folgende Aspekte beachtet werden:

- Eingrenzung des Untersuchungszeitraums: es sollten nur Dossiers von Personen berücksichtigt werden, die im Zeitraum 2005-2010 von der IV betreut wurden.
- Eingrenzung der Grundgesamtheit: Als Grundgesamtheit galten Personen, die aufgrund eines psychischen Problems oder einer psychischen Krankheit in Kontakt mit der IV traten. Indessen sollten nur Personen berücksichtigt werden, deren gesundheitliche Beeinträchtigung bereits „diagnostiziert“ bzw. durch mindestens einen Code der IV-Gebrechens- und Leistungsstatistik definiert war. Dies trifft nur auf Personen zu, die entweder eine Rente beziehen oder aber mindestens eine Leistung (z.B. Massnahme der Frühintervention) bezogen haben.
- Es sollten sowohl Personen mit als auch ohne Rentenbezug untersucht werden. Allerdings sollte ein Schwerpunkt auf Rentenbezüger/innen gelegt werden.
- Weiter war die Berücksichtigung von Rentenbezüger/innen gewünscht, bei denen es bereits zu mindestens einer Rentenrevision gekommen war.

1.3 Wichtige Begriffe

Wir erachten die Definition einiger Begriffe als sinnvoll, die im Folgenden wiederholt verwendet werden:

- *Versicherte Personen*: Wir verwenden diesen Begriff, weil sich die geplante Studie nicht nur mit Bezüger/innen einer IV-Rente befasst sondern allgemeiner mit Personen, die bei der IV angemeldet bzw. gemeldet waren.
- *Psychische Erkrankung*: Als Grundgesamtheit definierte der Auftraggeber versicherte Personen der IV (s.o.) „(...) mit einer psychischen Erkrankung“. Der Begriff psychische Erkrankung orientiert sich dabei an der Gebrechensnomenklatura der IV¹.
- *Erstkontakt*: Der Erstkontakt einer Person mit der IV bezieht sich auf den Zeitpunkt, wo ein erstes Abklärungsgespräch durchgeführt und ein IV-Dossier für die betreffende Person eröffnet wurde. Die Definition des Erstkontaktes ist von Bedeutung für die longitudinale Abbildung interessierender Merkmale (z.B. Behandlungsverläufe)
- *Dokumentationsqualität*: Dieser Begriff bezieht sich auf den Informationsgehalt der Versicherten-dossiers für das Vorhaben der Hauptstudie zur Abbildung von Behandlungskarrieren. Kriterien zur Beurteilung dieser Qualität sollten im Rahmen der Machbarkeitsstudie entwickelt und geprüft werden.
- *Anmeldung/Rentenanspruch*: Anmeldung bezeichnet den Zeitpunkt der Einreichung des Antrages auf berufliche Integration/Rente. Der Begriff Rentenanspruch bezieht sich auf eine Untergruppe von Bezüger/innen, die bei der Anmeldung explizit vermerkt haben, einen Anspruch auf eine Rente zu stellen oder sowohl einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen als auch auf eine Rente zu stellen.

¹ Die Codes sind wie folgt definiert: 641 Schizophrenie. 642: Manisch-depressives Kranksein (Zyklothymie). 643: Organische Psychosen und Leiden des Gehirns. 644: Übrige Psychosen. 645: Psychopathie. 646: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

2 Methodik

2.1 Studienkonzept

Die vorliegende Machbarkeitsstudie umfasste vier zentrale Projektbausteine:

2.1.1 Konzeptionelle Startphase

In der Startphase der Studie ging es darum, wesentliche Arbeitsgrundlagen zu definieren, namentlich:

- Festlegung eines definitiven Stichprobenplans für die Auswahl der zu untersuchenden Versichertendossiers (vgl. Abschnitt 2.3);
- Bestimmung erster Minimalkriterien für die Dokumentationsqualität (vgl. Abschnitt 2.2)
- Entwicklung von Instrumenten für die Dossierkodierung (vgl. Abschnitt 2.4)

2.1.2 Quantitative Dossieranalyse zur Dokumentationsqualität

In einem ersten Analyseschritt ging es vorwiegend um die Untersuchung der Dokumentationsqualität der Versichertendossiers im Hinblick auf die Fragestellungen der Hauptstudie. Zu diesem Zweck sollten aus den Dossiers interessierende Variablen/Merkmale extrahiert und quantifiziert werden. Dabei lag das Schwergewicht auf der Erfassung von formalen Aspekten: d.h., ist ein bestimmtes Merkmal dokumentiert oder nicht, wie ist es dokumentiert, ist eine zeitliche Verortung (z.B. Beginn und Ende einer Therapie) möglich? Dazu wurde ein Erfassungsraster entwickelt, das im Abschnitt 2.4.1 (s.u.) beschrieben wird. Die quantitative Dossierkodierung und -analyse (im Folgenden als „Schnellkodierung“ bezeichnet) wurde an einer Zufallsstichprobe von N=119 Dossiers vorgenommen.

2.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse zum Auswertungspotenzial

Weiter wurden 12 Dossiers aus der Zufallsstichprobe einer vertiefenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Ziel dieser Analyse war es, das inhaltliche Potenzial der Dossiers mit Blick auf die Fragestellungen der Hauptstudie zu prüfen. Im Unterschied zur Untersuchung der Dokumentationsqualität ging es hier nicht nur darum, ob interessierende Merkmale dokumentiert sind (z.B. sind Psychotherapien dokumentiert?), sondern welche Inhalte wie in den Dossiers berichtet werden (z.B. welche Art von Psychotherapien wurden mit welche Zielen durchgeführt?). Die Entwicklung des dafür verwendeten Instrumentes ist in Abschnitt 2.4.2, die Methodik der Inhaltsanalyse in Abschnitt 2.5.2 dargelegt.

2.1.4 Synthese, Berichterstattung

Der vorliegende technische Schlussbericht präsentiert die Ergebnisse zur Dokumentationsqualität der IV-Dossiers im Hinblick auf die Abbildung von Behandlungskarrieren der versicherten Personen. Weiter liefert der Bericht Empfehlungen zur allfälligen Durchführung einer Hauptstudie sowie deren methodischer Konzeption.

2.2 Kriterien der Dokumentationsqualität

In der Startphase sind zusammen mit den Auftraggebenden Kriterien der Dokumentationsqualität festgelegt worden, deren Beurteilung von Bedeutung für das Vorhaben der Hauptstudie ist:

- Vorliegen mindestens eines IV-Gebrechenscodes.
- soziodemografische Angaben zur versicherten Person (mindestens Alter und Geschlecht).
- Angaben zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten: d.h. psychiatrische, psychotherapeutische und andere ärztliche Behandlungen sowie Behandlungen durch andere Gesundheitsfachpersonen (z.B. Ergotherapie), die im Zusammenhang stehen mit dem Gesundheitsproblem, das die IV-Anmeldung verursachte.
- Inanspruchnahme von anderen professionellen Diensten: d.h. nicht-medizinische Interventionen wie z.B. sozialarbeiterische Interventionen, Beratungen etc.
- pharmakotherapeutische Behandlungen.
- Datierung bzw. einigermaßen genaue zeitliche Verortung der Interventionen.
- Dauer der Interventionen: d.h. die Möglichkeit, Anfang und Ende einer Intervention feststellen zu können.
- Zuordnung der Interventionen, d.h.: Wer mit welcher Qualifikation erbrachte welche Intervention?
- Angaben zur Prüfung der Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten durch die IV im Rahmen der Rentenprüfung.

2.3 Grundgesamtheit, Stichprobenziehung

2.3.1 Grundgesamtheit, Stichprobenplan

Es wurde ein Stichprobenplan für 120 IV-Dossiers definiert, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie untersucht werden sollten. Dieser Plan definiert die Auswahl der Dossierstichprobe nach den folgenden Kriterien:

- 1) Als Grundgesamtheit gelten Personen mit einem IV-Gebrechenscode aus dem Bereich 641-646 (d.h. die Gruppen 647-649 werden nicht einbezogen). Davon wird eine geschichtete Zufallsstichprobe von N=120 Dossiers gezogen. Die Schichtung erfolgt nach drei Merkmalen:
 - Zeitperiode Erstkontakt mit IV (s.u. Punkt 2),
 - Altersgruppen (16-24 Jährige, 25-60 Jährige),
 - Rentenstatus (Rentenbezug: ja/nein).
- 2) Die Dossiers von zwei Gruppen von versicherten Personen werden untersucht: IV-Erstkontakt von 1.1.2005 bis 31.12.2007 und von 1.1.2008 bis 30.6.2010.
- 3) KSGLS-Leistungsbereiche: Es sollen nur Personen mit FI, IM oder BM berücksichtigt werden. Dadurch werden nur 2% der Personen mit einer psychischen Erkrankung ausgeschlossen. Damit erübrigt sich auch ein Ausschluss von Fällen, die wegen fehlenden versicherungsmässigen Voraussetzungen (02 Art.6 bei „Ablehnung des Leistungsgesuches“) in BSV „Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik“ abgelehnt werden.
- 4) Die Personen mit Wohnsitz im Ausland sollen von der Stichprobe ausgeschlossen werden.
- 5) Eine Reservestichprobe von N=120 muss gezogen werden, da Dossiers aufgrund von Codierungsfehlern die Schichtungskriterien nicht erfüllen könnten.

- 6) Diejenigen Fälle, die zusätzlich zu den IV-Gebrechenscodes von 641-646 einen weiteren IV-Gebrechenscode aufweisen (Ko- bzw. Polymorbidität), sollen ausgeschlossen werden.
- 7) Fälle ohne Rentenbezug: Diese Fälle sollen mithilfe des folgenden Filterkriteriums ausgewählt werden: Dossiers, in denen 2 Jahre nach Abschluss der letzten Massnahme keine Rentenleistung verzeichnet ist, gelten als Fälle ohne Rentenbezug. Dies soll das Problem der möglichen „Rechts-Zensurierung“ verringern.

2.3.2 Definitive Stichprobe

In den folgenden Tabellen (Tabelle 1-Tabelle 3) ist die definitiv gezogene Hauptstichprobe (d.h. ohne Reservedossiers) dargestellt. Der vorgegebene Stichprobenplan konnte nahezu vollständig eingehalten werden. Einzig bei den versicherten Personen der Altersgruppe der 16-24-Jährigen ohne Rentenbezug konnten keine Fälle gezogen werden.

Tabelle 1: Stichprobe, Zeitperiode Dossiers 2005-2007

Alter Personen (Jahre)	Rentenstatus		Gesamt
	kein Rentenbezug	Rentenbezug	
16-24	0 (0%) [-4]	15 (25%) [+4]	15 (26%) [0]
25-60	11 (18%) [0]	34 (57%) [0]	45 (75%) [0]
Gesamt	11 (18%) [-4]	49 (82%) [+4]	60 (100%) [0]
Dossiers von Personen mit IV-Erstkontakt zwischen 2005-2007; Anzahl Fälle; in (): Prozentanteile; in [] Abweichung vom Stichprobenplan (negative Werte=weniger Fälle als geplant)			

Tabelle 2: Stichprobe, Zeitperiode Dossiers 2008-2010

Alter Personen (Jahre)	Rentenstatus		Gesamt
	kein Rentenbezug	Rentenbezug	
16-24	4 (7%) [0]	11 (18%) [0]	15 (25%) [0]
25-60	11 (18%) [0]	34 (57%) [0]	45 (75%) [0]
Gesamt	15 (25%) [0]	45 (75%) [0]	60 (100%) [0]
Dossiers von Personen mit IV-Erstkontakt zwischen 2008-Mitte 2010; Anzahl Fälle; in (): Prozentanteile; in [] Abweichung vom Stichprobenplan (negative Werte=weniger Fälle als geplant)			

Tabelle 3: Stichprobe, gesamte Zeitperiode (2005-2010)

Alter Personen (Jahre)	Rentenstatus		Gesamt
	kein Rentenbezug	Rentenbezug	
16-24	4 (3%) [-4]	26 (22%) [+4]	30 (25%) [0]
25-60	22 (18%) [0]	68 (57%) [0]	90 (75%) [0]
Gesamt	26 (22%) [-4]	94 (78%) [+4]	120 (100%) [0]
Dossiers von Personen mit IV-Erstkontakt zwischen 2005-Mitte 2010; Anzahl Fälle; in (): Prozentanteile; in [] Abweichung vom Stichprobenplan (negative Werte=weniger Fälle als geplant)			

In Tabelle 4 ist die Geschlechterzusammensetzung der Dossierstichprobe dargestellt. Insgesamt ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen (49% Frauen, 51% Männer). Es fällt jedoch auf, dass bei

den Personen ohne Rentenbezug (unabhängig von der Altersgruppe) der Anteil Frauen mit rund 62% höher ausfällt als in der Gesamtstichprobe.

Tabelle 4: Gesamtstichprobe (N=120), Anteil Frauen pro Schicht

Alter Personen (Jahre)	Rentenstatus		Gesamt
	kein Rentenbezug	Rentenbezug	
16-24	63%	44%	47%
25-60	61%	46%	50%
Gesamt	62%	46%	49%

Die Verteilung der Gebrechenscodes (Tabelle 5) zeigt, dass für die Gesamtstichprobe rund zwei Drittel der Fälle der Kategorie 646 und ein weiteres Sechstel der Kategorie 641 zugeordnet sind. Trotz der relativ kleinen Stichprobe kann festgestellt werden, dass in der Gruppe der Personen mit Rentenbezug und generell unter Jugendlichen/jungen Erwachsenen der Anteil versicherter Personen mit dem Code 641 im Vergleich zu den anderen Gruppen erhöht ist.

Tabelle 5: Verteilung Gebrechenscodes nach Stichproben-Schichten

Schichten	IV-Gebrechenscodes						Gesamt
	641	642	643	644	645	646	
16-24 Jährige							
keine Rente	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)	4 (100%)
Rente	9 (35%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	13 (50%)	26 (100%)
25-60 Jährige							
keine Rente	1 (5%)	2 (9%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	17 (77%)	22 (100%)
Rente	11 (16%)	4 (6%)	2 (3%)	5 (7%)	6 (9%)	40 (59%)	68 (100%)
Gesamt	22 (18%)	8 (7%)	2 (2%)	6 (5%)	9 (8%)	73 (61%)	120 (100%)

2.3.3 Auswahl der Fälle für die vertiefte Analyse

Die Auswahl der zwölf vertieft auszuwertenden Dossiers erfolgte gezielt nach verschiedenen Schichtungskriterien. Bei dieser kleinen Fallzahl war eine Repräsentativität für die vorliegende Gesamtstichprobe grundsätzlich nicht erreichbar. Zudem hätte eine reine Zufallsauswahl die Gefahr geborgen, dass mehrere Dossiers aufgenommen werden, in denen die Zielvariablen nur schlecht dokumentiert sind. Es sollten stattdessen gezielt Dossiers ausgewählt werden, die vergleichsweise gut dokumentiert sind, eine Streuung von ICD-10-Diagnosen aufweisen und dementsprechend unterschiedliche Typen von Krankheitsverläufen beinhalten (z.B. hinsichtlich der Anzahl der Krankheits- und Behandlungsepisoden); gleichzeitig wurde aber auf eine grosse Streuung hinsichtlich der IV-Stellen und der allgemeinen Schichtungskriterien für die Stichprobenziehung geachtet.

- 1) In einem ersten Schritt wurden die Dossiers unter Berücksichtigung der drei Sprachregionen ausgewählt, bei denen die Qualität der Dokumentation der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen mindestens innerhalb einer Episode als mittelgut eingestuft werden konnte.
- 2) Der zweite Schritt im Auswahlverfahren umfasste die Sichtung der vorselektierten Dossiers nach den Kriterien Alter, psychiatrische und/oder somatische Diagnose sowie Krankheitsverläufe.

Ausgewählt wurden schliesslich Dossiers von neun verschiedenen IV-Stellen (ZH: 2 Dossiers; BL: 1; AR: 1; SO: 1; LU: 2; BS: 2; GE: 1; TI: 1; FR: 1) aus allen drei Sprachregionen, aus unterschiedlichen Altersgruppen, mit unterschiedlichen ICD-10-Diagnosen und mit unterschiedlich langen Krankheitsverläufen und teils mit somatischer Komponente.

Tabelle 6: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe und der Teilstichprobe für die vertiefende Analyse

Stichproben	Geschlecht		Gebrechen			Alter		
	F	M	641	642-645	646	16-24J	25-44J	45-60J
A (N=119)	43%	57%	18%	21%	61%	25%	37%	38%
B (N=12)	42%	58%	0%	25%	75%	16%	42%	42%

A: Gesamtstichprobe; B: Teilstichprobe vertiefende Analyse

Die Teilstichprobe ist in Bezug auf die Geschlechter- und Alterszusammensetzung gut vergleichbar mit der Gesamtstichprobe, bei den IV-Gebrechen ist der Code 641 in der Teilstichprobe nicht vertreten, sonst ist die Gebrechensverteilung relativ ähnlich. Am wenigsten gut stimmt die Teilstichprobe in Bezug auf die Zeitperiode des Erstkontaktes mit der Gesamtstichprobe überein: Im gesamten Sample sind die beiden Zeitperioden, 2005-2007 und 2008-2010, gleich vertreten; in der Teilstichprobe hingegen überwiegen Fälle aus der ersten Zeitperiode (9 von 12 Fällen bzw. 75%).

2.4 Instrumente

Es wurden zwei verschiedene Instrumente zur Kodierung der Dossiers entwickelt:

- Raster für die *Kodierung der Dokumentationsqualität*: Hiermit wurden 120 Dossiers insbesondere in Bezug auf die Dokumentationsqualität untersucht. Dabei stand die Prüfung, inwieweit für die Fragestellung der Hauptstudie relevante Merkmale in den Dossiers abgebildet sind, im Vordergrund;
- Raster für die *vertiefende Analyse*: Eine Teilstichprobe von 12 Dossiers wurde damit detailliert erfasst. Diese Kodierung soll insbesondere als Probelauf für die allfällige Hauptstudie fungieren.

Im Folgenden werden die beiden Kodierungsraster erläutert.

2.4.1 Raster zur Kodierung der Dokumentationsqualität („Schnellkodierung“)

Eine erste Version des Kodierungsrasters wurde nach einer Probekodierung durch studentische Mitarbeitende und nach Rückmeldung des Auftragsgebers nochmals umfassend überarbeitet. Anschliessend wurde mit drei Kodiererinnen eine Schulung zur Dossierkodierung mit dem definitiven Instrument durchgeführt. Zusätzlich wurde das Kodierungsraster nochmals bei 9 Dossiers getestet, und es folgten letzte Anpassungen.

Die endgültige Version des Rasters (siehe Anhang 1, Tabelle 25) besteht aus einer EXCEL-basierten Datenerfassungsmaske (inkl. Legende mit umfassender Beschreibung der Variablen). Als Hilfestellung wurden in der Datenerfassungsmaske für jede Variable alle Variablenausprägungen und Werte für die fehlenden Werte angezeigt. Die Kodiererinnen erhielten auch eine Checkliste, in der die Vorgehensweise zur Bewertung verschiedener Variablen genauer beschrieben wurde.

Inhaltlich lag der Fokus der Schnellkodierung auf der Erfassung von (psychischen) Gesundheitsproblemen/Krankheiten und deren Behandlung, wobei einzelne Krankheits- und Behandlungsepisoden berücksichtigt wurden. Im Kodierungsraster konnten 8 verschiedene Krankheits- und Behandlungsepisoden eingetragen werden. Bei den psychischen Krankheits-Episoden und damit allenfalls verbundenen Behandlungen wurden jeweils erfasst:

- a) das Datum des Dossiereintrages,
- b) das Zeitfenster (Beginn/Ende), in dem ein bestimmtes Phänomen aufgetreten ist (oder stattgefunden hat).

Es wurden auch Zeitpunkte identifiziert, an denen wichtige Weichenstellungen im Abklärungsprozess stattfanden. Dabei wurde folgende zeitliche Strukturierung vorgenommen:

- Erstkontakt mit der IV,
- Beginn erste Eingliederungsmassnahmen (FI, IM, BM),
- Ende letzte Eingliederungsmassnahmen (FI, IM, BM),
- Beschluss Rentenzusprache/Fallende,
- Rentenrevision.

In dieser Form können zwei Zeitachsen abgebildet werden: Einerseits kann gezeigt werden, was wann in den Dossiers dokumentiert wurde ("Dokumentationsdatum"), andererseits kann der zeitliche Verlauf der Krankheits-/Behandlungsepisoden ("Ereignisdatum") dargestellt werden. Darüber hinaus können die erfassten Phänomene den interessierenden Etappen des IV-Abklärungsprozesses zugeordnet werden. Auch Phänomene vor dem Erstkontakt lassen sich identifizieren. Die Zuordnung erfolgt sekundär, auf der Grundlage der erfassten Daten.

2.4.2 Raster zur Dossierkodierung für die vertiefende Inhaltsanalyse

Ziel der vertiefenden Dossieranalyse war, an einer kleinen Stichprobe von zwölf Dossiers zu prüfen, inwiefern sich auch die „inhaltlichen“ Fragestellungen aus der geplanten Hauptstudie auf der Basis von Versichertendossiers beantworten lassen. Um Krankheits-, Behandlungs- und IV-Verläufe auch inhaltlich beschreiben zu können, ist nicht nur die Information erforderlich, ob bestimmte Angaben im Dossier enthalten sind (Schwerpunkt der „Schnellkodierung“), sondern auch die Information selbst. Deshalb wurde das Erhebungsraster zur Schnellkodierung in Abstimmung mit den Auftraggebern um ca. 90 Merkmale ergänzt. Diese reichen von zusätzlichen soziodemographischen Angaben (etwa zur aktuellen Erwerbssituation oder zu sozialen Ressourcen der versicherten Person) bis hin zu den Ergebnissen von Eingliederungsmassnahmen und Begründungen für Entscheide der IV.

2.5 Datenanalyse

2.5.1 Quantitative Analyse

Die Analyse der Daten zur Dokumentationsqualität („Schnellkodierung“) erfolgt im Wesentlichen mit einfachen deskriptiv-statistischen Methoden. Darüber hinaus werden vereinzelt Verfahren der Ereignisdatenanalyse (Kaplan-Meier-Kurven, Cox-Regressionen) sowie der Sequenzdatenanalyse für die Darstellung von zeitlichen Phänomenen verwendet. Die Auswertungen erfolgten mit der Statistik-

Software STATA (Version 12), für die Sequenzdatenanalyse wurde das STATA-Paket sq verwendet (Brzinsky-Fay, Kohler, & Luniak, 2006).

2.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Vorbereitung der Kodierung wurden die in den Dossiers vorliegenden Dokumente, z.B. IV-Entscheide, Arztbriefe und Aktenvermerke, chronologisch auf einer Zeitachse eingeordnet, damit sie den verschiedenen Krankheits- und Behandlungsphasen eindeutig zugeordnet und in Verbindung mit den IV-Phasen gebracht werden konnten. Ein schematisiertes Beispiel einer solchen chronologischen Datenaufbereitung findet sich im Anhang 3. Dieses Vorgehen erwies sich als unabdingbar, um die komplexen Entwicklungen nachvollziehen zu können und die jeweilige Informationsbasis von Entscheiden transparent zu machen. Je nach Umfang des Dossiers dauerte die Aufbereitung ca. drei bis sechs Stunden pro Fall.

Aus der chronologischen Datenaufbereitung wurden die Daten dann ins Datenschema für die vertiefte Kodierung übertragen, das zuvor schon mit den Daten aus der Schnellkodierung gefüllt worden war. Dabei zeigte sich, dass einzelne Daten v.a. zur zeitlichen Verortung der Krankheits- und Behandlungsepisoden aus der Schnellkodierung auf der Grundlage der ausführlichen Fallanalyse revidiert werden mussten². Dies hatte v.a. mit einem unterschiedlichen Verständnis dessen zu tun, was als eine Krankheits- bzw. Behandlungsepisode zu verstehen ist.

Die erfassten Daten wurden sodann zunächst kursorisch über die zwölf Fälle hinweg daraufhin gesichtet, welche Angaben (nach Typ und Zeitpunkt der Information) häufig vorhanden oder eher nicht vorhanden waren.

Die anschliessende inhaltliche Analyse suchte nach inhaltlichen Zusammenhängen zwischen den Angaben innerhalb der Fälle, z.B. zwischen Informationen zum Gesundheitszustand, zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit.

2.6 Datenkontrolle und -plausibilisierung

2.6.1 Vorbemerkungen

Trotz Schulung der Kodiererinnen zeigten sich in den Rohdaten im Rahmen einer ersten Kontrolle verschiedene Fehler und Inkonsistenzen. Darüber hinaus erwies sich die Datenkontrolle und -plausibilisierung der erfassten Versichertendossiers (Basis: N=119 erfasste Dossiers)³ aber auch deshalb als aufwändiges Verfahren, weil es in vielen Fällen direkt in den Dossiers recherchiert werden musste, um die eigentliche Quelle der Inkonsistenzen zu identifizieren bzw. die Missverständnisse der Kodiererinnen zu verstehen. Nach der Plausibilisierung konnte ein validierter/bereinigter Datensatz mit einer konsistenten zeitlichen Strukturierung, der die Stichprobenschichtung gemäss IV-Registerdaten wiedergibt, erstellt werden.

Im Allgemeinen wurde angestrebt, eine automatisierte Korrektur der Inkonsistenzen zu entwickeln. Dies war allerdings nur bei Fällen möglich, bei denen sich allgemeine Korrekturregeln etablieren liessen. Bei den anderen Fällen war es notwendig, die Korrekturen als Einzelkorrektur in die Da-

² Einzelne Daten aus der Schnellkodierung waren bei der intensiven Analyse nicht reproduzierbar. Für eine Übersicht zu den Unklarheiten oder Fehlern hätte man jedoch für jedes einzelne Datum wissen und genau dokumentieren müssen, wie es zustande gekommen ist. Dies konnte im Rahmen der verfügbaren Projektressourcen nicht geleistet werden. Allerdings dürften solche Abweichungen nicht mehr auftreten, wenn Schnell- und Intensivkodierung in einem Durchgang gemacht werden.

³ Es wurden N=119 statt N=120 Dossiers erfasst, da ein Dossier der IV-Stelle des Kantons Zürich doppelt geliefert wurde (bzw. dieselbe versicherte Person mit zwei unterschiedlichen Versichertennummern).

tenplausibilisierungssyntax einzufügen. Aus Zeitgründen konnten manche Variablen (z.B. CLO-SE2_RENT, CLOSE2_DAT) nicht (vollständig) korrigiert werden, aber auch bei diesen wurden die Quellen der Missverständnisse identifiziert, und eine konsistente zeitliche Strukturierung sowie die Übereinstimmung mit IV-Registerdaten konnten gewährleistet werden.⁴

Die meisten Inkonsistenzen sollten bei der allfälligen Durchführung einer Hauptstudie durch eine entsprechende intensive Schulung der Kodierenden vermieden werden können.

Im Folgenden sind die wesentlichen Inkonsistenzen nach Themenbereichen und deren Bereinigung aufgeführt; in Tabelle 26 (vgl. Anhang 2) werden die die Inkonsistenzen und deren Bereinigung im Detail erläutert.

2.6.2 Psychische und somatische Gesundheit und Behandlung

- Ergänzende Variablen (z.B. gültige Datumsangaben, Angaben zur Diagnose oder Angaben zum Behandlungsumfang) einer Krankheits- oder einer Behandlungsepisode wurden erfasst, aber die Indikatorvariablen, die das Vorhandensein des Zustandes bzw. der Behandlung anzeigen, wurden als „nicht vorhanden“ kodiert. Eine automatisierte Korrektur wurde entwickelt, indem das Vorhandensein eines Zustandes bzw. einer Behandlung als „vorhanden“ umkodiert wurde, falls die ergänzenden Merkmale kodiert waren (vgl. Anhang 2)
- Im Weiteren kam es vor, dass unmögliche oder unlogische Datumsangaben eingegeben wurden. Teilweise waren diese eindeutig als Tippfehler identifizierbar, in anderen Fällen war jedoch eine Überprüfung der Datumsangaben (z.B. bei negativen Zeitfenstern bzgl. Anfang und Ende einer Behandlungsepisode) notwendig. Die Korrekturen wurden als Einzelkorrekturen eingefügt.

2.6.3 Merkmale des IV-Abklärungsprozesses

Bei den interessierenden Etappen des IV-Abklärungsprozesses hat sich die Datenplausibilisierung am anspruchsvollsten herausgestellt.

- Bei drei Fällen war das Gesundheitsproblem, das ursächlich für die IV-Anmeldung war, nicht angegeben. Diese Fälle wurden nachrecherchiert und entsprechend korrigiert.
- Im Weiteren stimmte das Datum des Erstkontakts mit der IV gemäss Kodiererinnen Kodiererinnen mit dem Datum gemäss IV-Registerdaten bei etwa einem Drittel (35%) der Fälle nicht überein. Hier wurden nur die Fälle mit einer Abweichung ab etwa 1 Monat recherchiert⁵. Ein Grund für die Abweichung war, dass die Kodiererinnen systematisch das Früherfassungsformular (falls vorhanden) als Erstkontakt verwendet hatten. Bei weiteren 6 Fällen handelte es sich um versicherte Personen, die schon als Minderjährige einen Antrag in den 1990er-Jahren gestellt hatten und nochmals einen zweiten Antrag ab 2005. Die Kodiererinnen haben als Erstkontakt das 1990er-Datum vermerkt, während in den uns zugestellten IV-Registerdaten das Datum der Wiederanmeldung angegeben wurde. Eine Dummy-Variable wurde generiert für die Fälle mit einem Erstkontakt in den 1990er Jahren (N=6) und einer Wiederanmeldung ab 2005. Wegen des Zeitaufwands einer allfälligen Korrektur wurde beschlossen, für die weitere Datenplausibilisierung und quantitative Analyse das Datum des Erstkontakts gemäss IV-Registerdaten zu benutzen. In

⁴ Bei den folgenden Variablen ist eine gewisse Vorsicht bei der Interpretation bzw. den rapportierten Zahlen geboten: Rentenabschluss, Rentenrevision und Eingliederungsmassnahmen.

⁵ Abweichungen unter 1 Monat konnten als Tippfehler oder als nicht systematische Kodierung (z.B. bei dem elektronischen Erfassungssystem) identifiziert werden.

einer allfälligen Hauptstudie würden wir gleich den Erstkontakt gemäss IV-Registerdaten in die Erfassungsmaske einbeziehen, auch damit die Kodiererinnen einen Anhaltspunkt haben.

- Erste Kontrollen hatten den Eindruck vermittelt, dass der Rentenanspruch teilweise anders kodiert wurde als vorgesehen. Deswegen wurden alle Dossiers nochmals geprüft. Bei der Recherche wurden die folgenden Inkonsistenzen identifiziert und korrigiert:
 - ein valides Rentenanspruchsdatum kombiniert mit einem „nein“ bei Rentenanspruch,
 - Inkonsistenz bzgl. Datum (bzw. Datum Rentenanspruch vor Erstkontakt gemäss IV-Registerdaten),
 - Vorhandensein eines Rentenanspruchs ohne Datum,
 - Unklarheit, ob es sich um einen Rentenanspruch handelt.
- Beim Rentenbeschluss waren Abweichungen zwischen den Angaben gemäss Kodiererinnen vs. IV-Registerdaten identifizierbar. Da die Gründe für die Abweichungen vielseitig waren, konnte die Korrektur nicht automatisiert werden. Das Datum des Rentenbeschlusses wurde auch bei den konsistenten Fällen (bzw. bei Fällen, bei denen es eine Übereinstimmung zwischen IV-Registerdaten und Kodiererinnen gab) korrigiert. Dies waren z.B. Fälle, bei denen die Kodiererinnen nicht das Datum der Rentenverfügung angegeben hat, sondern das Datum, seit dem der Patient Anspruch auf eine Rente hat. Durch die Bereinigung konnte die Abweichung zwischen den Angaben gemäss Kodiererinnen und gemäss IV-Registerdaten behoben werden.
- Die Kodiererinnen haben bei manchen Fällen ein valides Rentenrevisionsdatum ohne eine Beschreibung des Rentenrevisionsbeschlusses oder mit einer unklaren Beschreibung (z.B. ein Datum statt eines Textes bei der Art des Revisionsbeschlusses wurde angegeben) erfasst. Bei allen diesen Fällen war die Überprüfung der Daten – sowohl das Datum als auch die Art des Revisionsbeschlusses – notwendig.

2.6.4 Zeitliche Strukturierung

- Nachdem alle Tippfehler und Inkonsistenzen behoben worden waren (s.o.), wurde nochmals die zeitliche Strukturierung der validierten/bereinigten Variablen geprüft. Dazu wurden folgende Kriterien festgelegt:
 - a) Konsistenz bei Beginn und Ende einer Krankheits- und Behandlungsepisode,
 - b) Konsistenz bei Variablen, die 2 Phasen aufweisen (bzw. Phase 2 sollte immer nach Phase 1 kommen),
 - c) Konsistenz bei der Reihenfolge der Eingliederungsmassnahmen (bzw. die erste Eingliederungsmassnahme sollte immer vor der letzten Eingliederungsmassnahme vorkommen),
 - d) Geburtsdatum sollte nicht nach Erstkontakt vorkommen,
 - e) Rentenanspruch, Rentenbeschluss/Fallende sowie Rentenrevision sollten nicht vor Erstkontakt vorkommen.

3 Dokumentationsqualität: zentrale Kennwerte der erfassten Merkmale

3.1 Psychische Gesundheit und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Die im Folgenden dargestellten Zahlen basieren auf dem validierten Datensatz von 119 Dossiers (siehe Kapitel 2.6). Während der Dossierkodierung hat sich herausgestellt, dass die Gesundheits- und Behandlungsepisoden nicht zwingend als eine Einheit betrachtet werden können. Dementsprechend werden Gesundheitszustand und Behandlung als separate Komplexe untersucht.

Die Kern-Daten zur psychischen Gesundheit sind bei allen psychischen Gebrechensgruppen und bei allen Stichprobenschichten (bezogen auf Vorhandensein) gut dokumentiert (Tabelle 7): Von den erfassten Dossiers gibt es nur einen Fall, bei dem weder Angaben zum psychischen Gesundheitszustand noch zu einer psychiatrischen Diagnose vorliegen. Die Kern-Daten zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sind ebenfalls gut dokumentiert: Behandlungen sind bei 97% der Fälle dokumentiert, und es liegen mehrheitlich (über 90%) auch weitere Angaben zu Setting (z.B. ambulant, teilstationär, stationär), Umfang (z.B. Krisenintervention, Beratung, Psychotherapie etc.) und Methode (z.B. Pharmakotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie etc.) der Behandlung vor.

Tabelle 7: Dokumentation der psychischen Gesundheit und psychiatr.-psychotherapeut. Behandlungen der versicherten Personen nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)

	Vorhandene Angaben					
	Psych. Gesundheit	Psychiatr. Diagnose	Psychiatr.- psychoth. Behand- lung	Behandl.: Setting	Behandl.: Umfang	Behandl.: Methode
<i>IV-Gebrechen</i>						
641 (N=22)	22 (100%)	22 (100%)	22 (100%)	22 (100%)	21 (95%)	20 (91%)
642-645 (N=25)	25 (100%)	22 (100%)	24 (96%)	24 (96%)	24 (96%)	23 (92%)
646 (N=72)	71 (99%)	71 (99%)	70 (97%)	70 (97%)	67 (93%)	67 (93%)
<i>Zeitperiode</i>						
2005-2007 (N=59)	58 (98%)	58 (98%)	58 (98%)	58 (98%)	56 (95%)	54 (92%)
2008-2010 (N=60)	60 (100%)	60 (100%)	58 (97%)	58 (97%)	56 (93%)	56 (93%)
<i>Alter Personen</i>						
16-24 Jahre (N=30)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	28 (93%)	27 (90%)
25-60 Jahre (N=89)	88 (99%)	88 (99%)	86 (97%)	86 (97%)	84 (94%)	83 (93%)
<i>Rentenstatus</i>						
Keine Rente (N=26)	25 (96%)	25 (96%)	25 (96%)	25 (96%)	24 (92%)	24 (92%)
Rente (N=89)	89 (100%)	89 (100%)	87 (98%)	87 (98%)	84 (94%)	82 (92%)
Hängig (N=4)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)
Gesamt (N=119)	118 (99%)	118 (99%)	116 (97%)	116 (97%)	112 (94%)	110 (92%)
Die 4 hängigen Fälle gemäss Kodierung gehören zur Stichprobenkategorie „keine Rente“ gemäss IV-Registerdaten.						

Die 119 Dossiers geben insgesamt 363 Episoden im Bereich psychischer Gesundheit wieder (Tabelle 8). Bei einer Mehrheit (68%) der psychischen Zustandsepisoden ist ein valides Datum des Beginns der Episode vorhanden, aber nur bei 15% der Fälle ein valides Enddatum erfasst. Allerdings liegt die vergleichsweise geringere Dokumentation des Enddatums teilweise an chronischen Zuständen: In 23% der psychischen Zustandsepisoden handelt es sich um einen fortdauernden Zustand.

Tabelle 8: Zeitliche Dokumentation der psychischen Krankheitsepisoden nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)

	Psych. Gesundheit: Zustand			
	Total Episoden (N)	Beginn	Ende	fortlaufender Zustand
<i>IV-Gebrechen</i>				
641 (N=22)	77	58 (75%)	9 (12%)	30 (39%)
642-645 (N=25)	72	49 (68%)	13 (18%)	17 (24%)
646 (N=72)	214	140 (65%)	31 (14%)	36 (17%)
<i>Zeitperiode</i>				
2005-2007 (N=59)	185	134 (72%)	24 (18%)	46 (25%)
2008-2010 (N=60)	178	113 (63%)	29 (16%)	37 (21%)
<i>Alter Personen</i>				
16-24 Jahre (N=30)	109	67 (61%)	14 (13%)	19 (17%)
25-60 Jahre (N=89)	254	180 (71%)	39 (22%)	64 (25%)
<i>Rentenstatus</i>				
Keine Rente (N=26)	65	40 (62%)	11 (17%)	9 (14%)
Rente (N=89)	286	199 (70%)	40 (14%)	70 (24%)
Hängig (N=4)	12	8 (67%)	2 (17%)	4 (33%)
Gesamt (N=119)	363	247 (68%)	53 (15%)	83 (23%)
Die 4 hängigen Fälle gemäss Kodierung gehören zur Stichprobenkategorie „keine Rente“ gemäss IV-Registerdaten.				

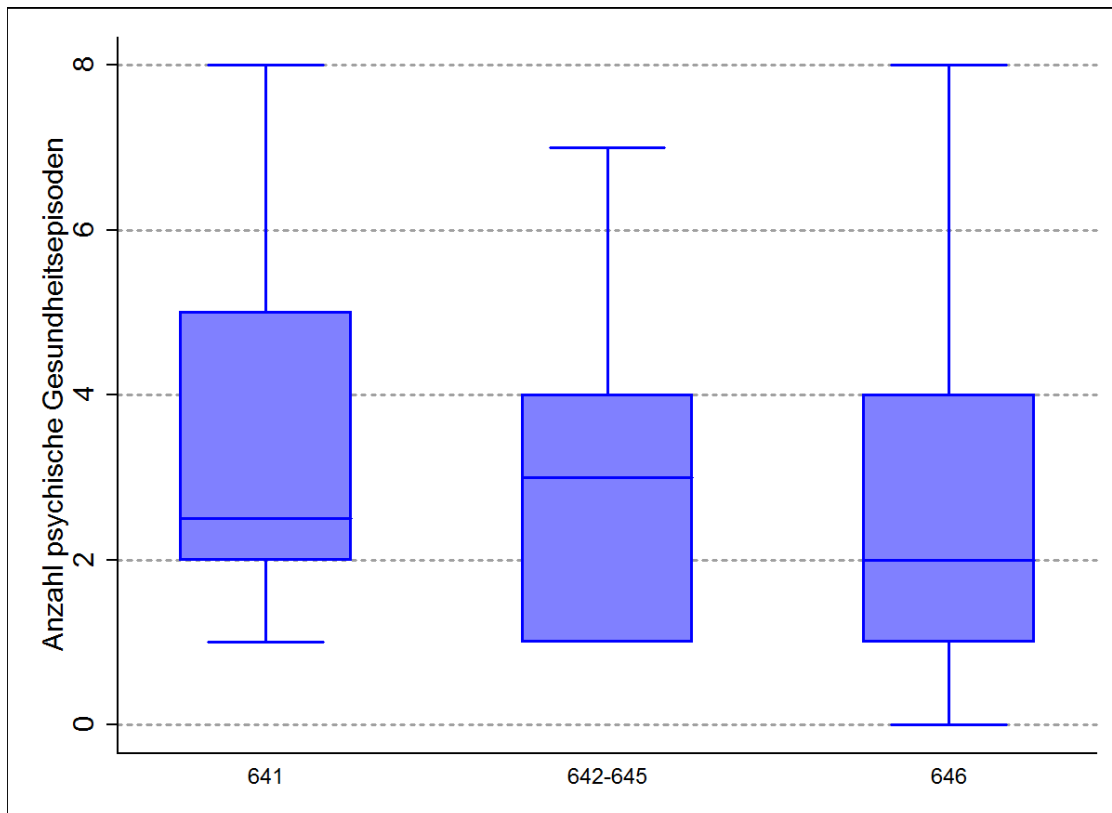
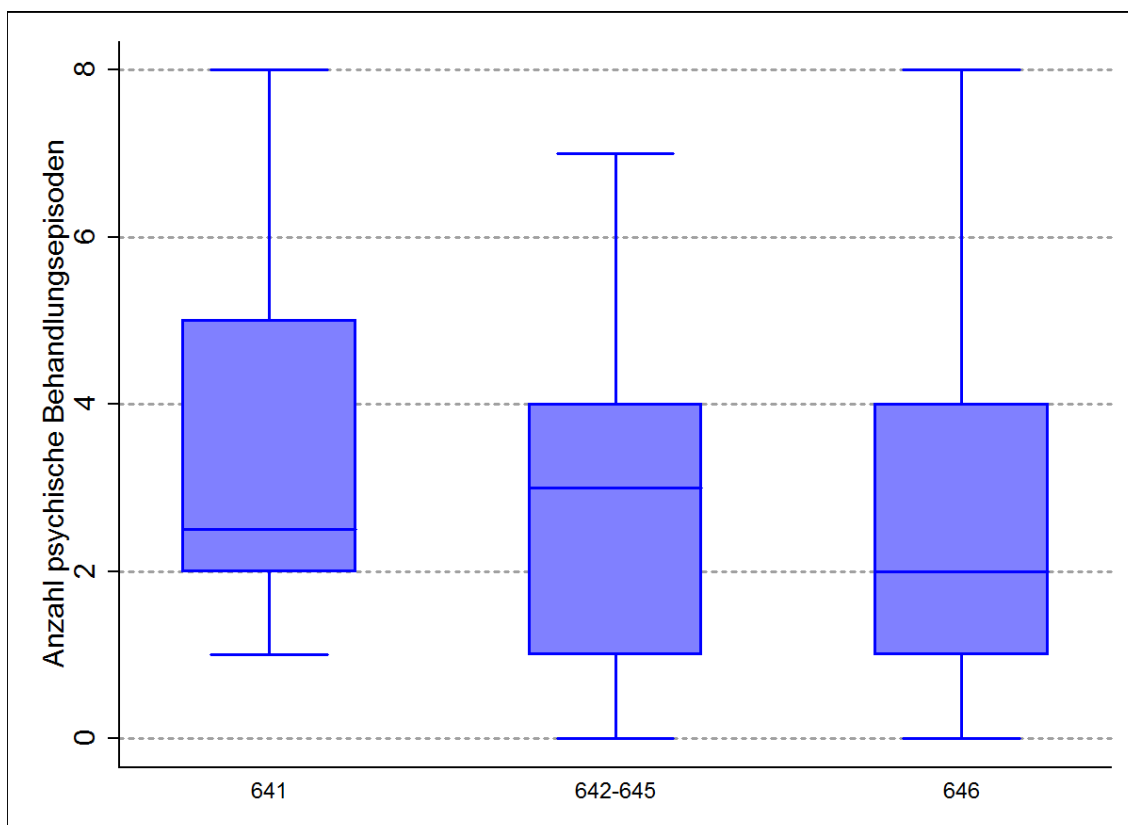
Bei der psychiatrischen Behandlung sind insgesamt 341 Episoden in den Dossiers der 119 versicherten Personen dokumentiert (Tabelle 9). Hier ist ein Behandlungsbeginn mit validem Datum bei über 90% der Fälle erfasst, und bei der Hälfte (52%) der Fälle liegt auch ein valides Enddatum vor. Allerdings ist der Anteil weiteranhaltender Behandlungen kleiner (rund 11%) als der Anteil weiteranhaltender Gesundheitszustände.⁶

⁶ Die Kodiererinnen hatten die Möglichkeit, selbst einzuschätzen, ob es sich um einen chronischen bzw. fortlaufenden Zustand handelt. Für die chronischen bzw. fortlaufenden Zustände wurde „15.06.2020“ eingegeben.

Tabelle 9: Zeitliche Dokumentation der psychischen Behandlungsepisoden nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)

	Psychiatr.-psychoth. Behandlung			
	Total Episoden (N)	Beginn	Ende	fortlaufender Zustand
<i>IV-Gebrechen</i>				
641 (N=22)	75	73 (97%)	42 (56%)	13 (17%)
642-645 (N=25)	67	59 (88%)	29 (43%)	6 (9%)
646 (N=72)	199	181 (91%)	106 (53%)	18 (9%)
<i>Zeitperiode</i>				
2005-2007 (N=59)	173	158 (91%)	80 (46%)	24 (14%)
2008-2010 (N=60)	168	155 (92%)	97 (58%)	13 (8%)
<i>Alter Personen</i>				
16-24 Jahre (N=30)	107	100 (93%)	65 (61%)	11 (10%)
25-60 Jahre (N=89)	234	213 (91%)	112 (48%)	26 (11%)
<i>Rentenstatus</i>				
Keine Rente (N=26)	63	57 (90%)	29 (46%)	9 (14%)
Rente (N=89)	267	248 (93%)	144 (58%)	28 (10%)
Hängig (N=4)	11	8 (73%)	4 (36%)	0 (0%)
Gesamt (N=119)	341	313 (92%)	177 (52%)	37 (11%)
Die 4 hängigen Fälle gemäss Kodierung gehören zur Stichprobenkategorie „keine Rente“ gemäss IV-Registerdaten.				

Im Durchschnitt (=Median) sind pro versicherte Person 2-3 Episoden psychischer Krankheits- oder psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden erfasst (Abbildung 1 und Abbildung 2).

Abbildung 1: Anzahl psychischer Krankheitsepisoden nach IV-Gebrechen**Abbildung 2: Psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsepisoden nach IV-Gebrechen**

Von den Kodiererinnen wurde auch die Dokumentationsqualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen eingeschätzt (Tabelle 10). Demnach wurde bei rund der Hälfte (57%) der erfassten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen die Dokumentationsqualität als gut eingeschätzt, weitere rund 7% weisen eine immerhin als „mittel“ eingeschätzte Dokumentationsqualität auf. Rund ein Drittel (36%) der erfassten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sind lückenhaft dokumentiert.

Tabelle 10: Dokumentationsqualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen nach IV-Gebrechen (N=339 Behandlungsepisoden; 2 Missings)

	IV-Gebrechen			
Einschätzung Dokumentationsqualität ^a	641 (N=74)	642-64 (N=67)	646 (N=198)	Gesamt (N=339)
Schlecht	5 (7%)	5 (7%)	17 (9%)	27 (8%)
Gering	21 (28%)	21 (31%)	52 (26%)	94 (28%)
Mittel	4 (5%)	7 (10%)	13 (7%)	24 (7%)
Gut	44 (59%)	34 (51%)	116 (59%)	194 (57%)

a: „schlecht“=keine Angaben; „gering“=wenige, unpräzise Angaben; „mittel“=einige Angaben mit rel. genauen Daten (wenigstens Angaben zu Monat/Jahr); „gut“=differenzierte Angaben (häufig Angaben zu Beginn und Ende von Behandlungen mit Monat- und Jahresangabe); Analyseebene: Psy. Behandlungsepisoden; Bei 2 psych. Behandlungsepisoden wurde die Dokumentationsqualität der psychiatr.-psychoth. Behandlung nicht eingeschätzt; Rundungsfehler beachten

Bezogen auf die Dossiers liegt der Anteil der mittel oder gut dokumentierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen im Durchschnitt (=Median) bei 67% (Tabelle 11).

Tabelle 11: Dokumentationsqualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen nach IV-Gebrechen (N=116 Dossiers; 3 Missings)

	Anteil der mittel oder gut dokumentierten Behandlungen ^a	
IV-Gebrechen	Durchschnitt (Median)	IQR ^b
641 (N=22)	77%	0-100%
642-645 (N=24)	71%	0-100%
646 (N=70)	63%	0-100%
Gesamt (N=116)	67%	0-100%

a: „mittel“=einige Angaben mit rel. genauen Daten (wenigstens Angaben zu Monat/Jahr); „gut“=differenzierte Angaben (häufig Angaben zu Beginn und Ende von Behandlungen mit Monat- und Jahresangabe); b: IQR=Interquartile range; Analyseebene: Versichertendossiers; Bei 3 Dossiers wurden keine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen dokumentiert; Rundungsfehler beachten

3.2 Somatische Gesundheit und Behandlungen

In 64% der Fälle sind Angaben zum somatischen Gesundheitszustand vorhanden, und in rund der Hälfte der Fälle liegt eine somatische Hauptdiagnose vor (Tabelle 12). Es fällt auf, dass bei versicherten Personen mit dem Gebrechenscode „641“ weniger somatische Gesundheitszustände und Diagnosen dokumentiert sind als bei den anderen psychischen Gebrechensgruppen. Angaben zu somatischen Behandlungen liegen bei 61% der Fälle vor.

Tabelle 12: Dokumentation der somatischen Gesundheit und Behandlung der versicherten Personen nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)

	Vorhandene Angaben		
	Som. Gesundheit	Som. Diagnose	Som. Behandlung
<i>IV-Gebrechen</i>			
641 (N=22)	8 (36%)	7 (32%)	11 (50%)
642-645 (N=25)	16 (64%)	16 (64%)	12 (48%)
646 (N=72)	52 (72%)	47 (65%)	50 (69%)
<i>Zeitperiode</i>			
2005-2007 (N=59)	42 (71%)	40 (68%)	39 (66%)
2008-2010 (N=60)	34 (57%)	30 (50%)	34 (57%)
<i>Alter Personen</i>			
16-24 Jahre (N=30)	13 (43%)	12 (40%)	16 (53%)
25-60 Jahre (N=89)	63 (71%)	58 (65%)	57 (64%)
<i>Rentenstatus</i>			
Keine Rente (N=26)	18 (69%)	17 (65%)	17 (65%)
Rente (N=89)	55 (62%)	50 (56%)	52 (58%)
Hängig (N=4)	3 (75%)	3 (75%)	4 (100%)
Gesamt (N=119)	76 (64%)	70 (59%)	73 (61%)
Die 4 hängigen Fälle gemäss Kodierung gehören zur Stichprobenkategorie „keine Rente“ gemäss IV-Registerdaten.			

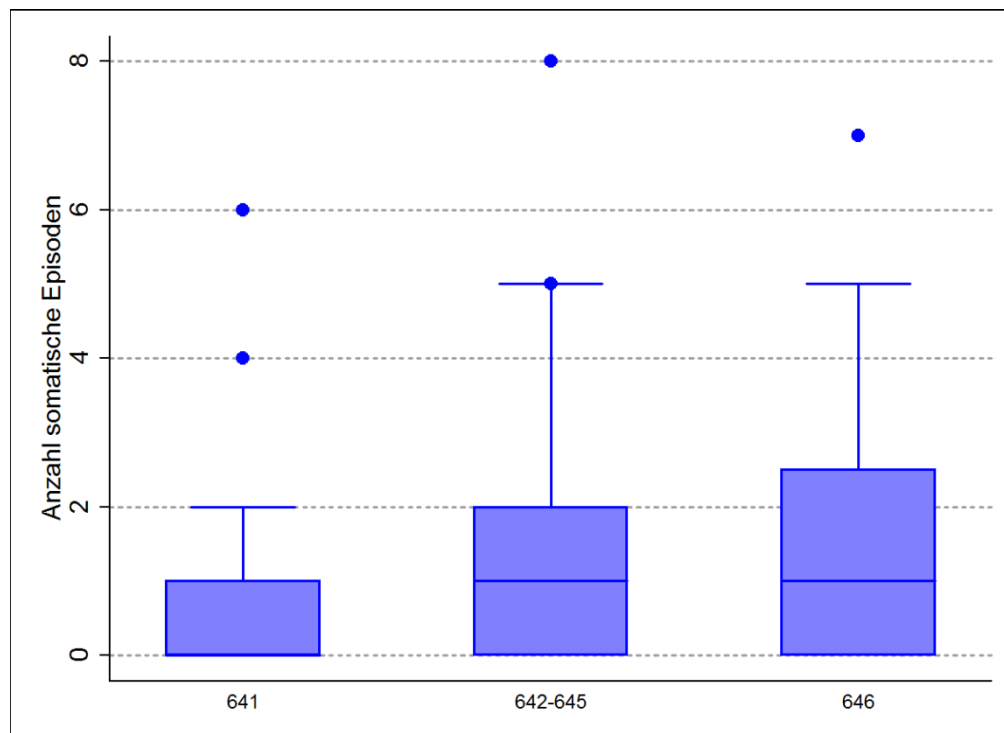
Auch bei der somatischen Gesundheit zeigt sich, dass oft kein Enddatum dokumentiert ist: In 67% der somatischen Zustandsepisoden ist ein valides Datum des Beginns der Episode vorhanden, aber nur in 23% der Fälle ist ein valides Enddatum erfasst (Tabelle 13). In weiteren 20% der somatischen Zustandsepisoden liegt ein fortdauernder Zustand vor.

Tabelle 13: Zeitliche Dokumentation der somatischen Krankheitsepisoden nach IV-Gebrechen und nach Stichprobenschichten (Zeitperiode, Alter, Rentenstatus gemäss Kodierung)

	Som. Gesundheit: Zustand			
	Total Episoden (N)	Beginn	Ende	fortdauernder Zustand
<i>IV-Gebrechen</i>				
641 (N=22)	18	12 (67%)	3 (17%)	2 (11%)
642-645 (N=25)	40	26 (65%)	6 (15%)	6 (15%)
646 (N=72)	122	82 (67%)	32 (26%)	28 (23%)
<i>Zeitperiode</i>				
2005-2007 (N=59)	96	69 (72%)	25 (26%)	25 (26%)
2008-2010 (N=60)	84	51 (61%)	16 (19%)	11 (13%)
<i>Alter Personen</i>				
16-24 Jahre (N=30)	29	16 (55%)	4 (14%)	1 (3%)
25-60 Jahre (N=89)	151	104 (69%)	37 (25%)	35 (23%)
<i>Rentenstatus</i>				
Keine Rente (N=26)	45	26 (58%)	9 (20%)	11 (24%)
Rente (N=89)	123	86 (70%)	27 (22%)	23 (19%)
Hängig (N=4)	12	8 (67%)	5 (42%)	2 (17%)
Gesamt (N=119)	180	120 (67%)	41 (23%)	36 (20%)

Die 4 hängigen Fälle gemäss Kodierung gehören zur Stichprobenkategorie „keine Rente“ gemäss IV-Registerdaten.

Abbildung 3: Somatische Krankheit, Anzahl Episoden nach IV-Gebrechen



Im Durchschnitt sind pro versicherte Person 1-2 Episoden somatischer Krankheitsepisoden erfasst, und die Anzahl somatischer Episoden weist eine grosse Streuung auf (Minimum: 0 Episoden; Maximum: 8 Episoden) (vgl. Abbildung 3).

3.3 Weitere Aspekte des IV-Abklärungsprozesses

Bei fast allen (94%) Fällen wird bereits beim Erstkontakt mit der IV ein Gesundheitsproblem zumindest umschrieben, das psychischer Art ist und als Anmeldungsgrund figuriert (Tabelle 14).

Tabelle 14: Erstkontakt: Gesundheitsproblem ursächlich für IV-Anmeldung nach IV-Gebrechen

IV-Gebrechen	Gesundheitsproblem bei Erstkontakt			
	k.A.	psychisch	körperlich	psych. und körp.
641 (N=22)	1 (5%)	18 (82%)	0 (0%)	3 (14%)
642-645 (N=25)	0 (0%)	17 (68%)	0 (0%)	8 (32%)
646 (N=72)	0 (0%)	35 (49%)	6 (8%)	31 (43%)
Gesamt (N=119)	1 (1%)	70 (59%)	6 (5%)	42 (35%)
Analyseebene: Dossiers; k.A.=keine Angaben; Rundungsfehler beachten				

Bei rund der Hälfte (N=47) der Rentenbezüger konnten valide Angaben⁷ zur Rentenrevision in den Versichertendossiers identifiziert werden (Tabelle 15).

Tabelle 15: Angaben zur Rentenrevision bei Rentenbezüger nach IV-Gebrechen (N=89)

IV-Gebrechen	Vorhandene Angaben: Rentenrevision
641 (N=20)	8 (40%)
642-645 (N=20)	12 (60%)
646 (N=49)	27 (55%)
Gesamt (N=89)	47 (53%)

Gemäss Dossierkodierungen wurde bei rund drei Vierteln (N=36) der Rentenrevisionen keine Änderung vorgenommen (Tabelle 16). Bei weiteren 6% (N=3) der Rentenrevisionen gab es eine Rentenerhöhung, und in einem Fall gab es eine Rentenkürzung. Bei 15% (N=7) der erfassten Rentenrevisionen war noch kein Beschluss vorhanden.

⁷ Valide Angaben sind Datumsangaben, die nicht als „missing“, „15.06.1900“ kodiert wurden und innerhalb des Beobachtungszeitraums (bzw. vor 1.10.202) liegen.

Tabelle 16: Art des Rentenrevisionsbeschlusses bei Rentenbezüger mit Angaben zur Rentenrevision nach IV-Gebrechen (N=47)

IV-Gebrechen	Art des Rentenrevisionsbeschlusses			
	Keine Modifikation	Rentenerhöhung	Renten Kürzung	Noch offen
641 (N=8)	6 (75%)	0 (0%)	1 (13%)	1 (13%)
642-645 (N=12)	8 (67%)	1 (8%)	0 (0%)	3 (25%)
646 (N=27)	22 (82%)	2 (8%)	0 (0%)	3 (11%)
Gesamt (N=47)	36 (77%)	3 (6%)	1 (2%)	7 (15%)
Rundungsfehler beachten				

In den IV-Registerdaten sind Informationen zum „Rententeil“⁸ gemäss erstem und letztem Eintrag im Rentenregister⁸ vorhanden. Diese Angaben bzgl. Rententeil ergänzen die Rentenrevisionsbeschlüsse gemäss Kodierung (N=47). Bei rund drei Vierteln (78%) der Rentenbezüger mit unveränderten Rentenansprüchen nach Rentenrevision (N=28) blieb die ganze Rente erhalten (

Tabelle 17). Bei den Fällen mit einer Rentenerhöhung nach Rentenrevision (N=3) handelte es sich um einer Erhöhung im Umfang von einem Viertel bis zur einer Hälfte.

Tabelle 17: Rententeil bei Rentenbezüger mit unveränderten Rentenansprüchen oder mit einer Rentenerhöhung (N=39)

Rententeil gemäss erstem und letztem Eintrag im Rentenregister gemäss IV-Registerdaten	Rentenrevision gemäss Kodierung	
	Keine Modifikation (N=36)	Rentenerhöhung (N=3)
E: ganze Rente, L: ganze Rente	28 (78%)	-
E: Dreiviertelrente, L: Dreiviertelrente	2 (6%)	-
E: halbe Rente, L: halbe Rente	5 (14%)	-
E: Viertelrente, L: Viertelrente	1 (3%)	-
E: halbe Rente, L: Dreiviertelrente	-	1 (33%)
E: halbe Rente, L: ganze Rente	-	1 (33%)
E: Viertelrente, L: Dreiviertelrente	-	1 (33%)
E: erster Eintrag im Rentenregister gemäss IV-Registerdaten; L: letzter Eintrag im Rentenregister gemäss IV-Registerdaten; Lesebeispiel: E: ganze Rente, L: ganze Renten = ganze Rente bei erstem und bei letztem Eintrag im Rentenregister; Rundungsfehler beachten		

Gemäss Kodierung wurden in der Rentenprüfungsphase (N=119) nur bei einzelnen Fällen Hinweise dafür gefunden, dass seitens der IV explizit geprüft wurde, ob die Behandlungsmöglichkeiten der versicherten Personen ausgeschöpft sind (Tabelle 18). Bei den erfassten Rentenrevisionen (N=47) wurden ebenfalls nur in wenigen Fällen Angaben zur Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten seitens der IV gefunden.

⁸ Rententeil: ganze Rente; halbe Rente; Dreiviertelrente; Viertelrente.

Tabelle 18: Prüfung der Behandlungsoptionen der versicherten Personen durch IV bei der Rentenprüfungs- und bei der Rentenrevisionsphase

	Behandlungen sind:			
	Keine Angaben	Nicht/zu wenig ausgeschöpft	Ausgeschöpft	Missing
Rentenprüfungsphase (N=119)	105 (88%)	1 (1%)	5 (5%)	8 (7%)
Rentenrevisionsphase (N=47)	41 (87%)	0 (0%)	4 (9%)	2 (4%)
Rundungsfehler beachten				

3.4 Zeitliche Strukturierung: erste, einfache Verlaufsanalysen

3.4.1 Krankheits- und Behandlungsepisoden

In den untersuchten Dossiers von 119 versicherten Personen sind insgesamt 361 Episoden mit mindestens einem gültigem Anfangsdatum zu psychischen Krankheiten (d.h. durchschnittlich rund 3 Episoden pro Person), 340 Episoden zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen (4 Episoden/Person), 162 Episoden zu körperlichen Erkrankungen (1 Episode/Person) und 179 Episoden zu Behandlungen körperlicher Erkrankungen dokumentiert⁹.

Bei den ersten drei genannten Merkmalen wurde ausserdem erfasst, wann eine Episode begann und wann sie endete. Davon ausgehend lässt sich untersuchen, wie die einzelnen Episoden zeitlich¹⁰ verankert sind in Bezug auf den Verlauf des IV-Abklärungsprozesses. Dabei zeigt sich (Tabelle 19), dass eine Mehrheit der dokumentierten Episoden bereits vor dem Erstkontakt mit der IV begonnen haben, nämlich rund drei Viertel der psychischen Krankheitsepisoden, rund zwei Drittel der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden und 60% der körperlichen Krankheitsepisoden. Ein weiteres Sechstel (bei den körperlichen Krankheiten rund ein Viertel) der Episoden, weisen einen Beginn während des Abklärungsprozesses auf, d.h. zwischen Erstkontakt und (erstem) Rentenbeschluss. Und ein kleiner Teil bzw. rund 10% der Episoden sind zeitlich erst nach dem Rentenbeschluss angesiedelt.

Tabelle 19: Psychische und körperliche Gesundheit: Anzahl dokumentierte Krankheits- und Behandlungsepisoden im Zeitverlauf (Analyseebene: Episoden)

IV-Gebrechenscode	Psych. Krankheit			Psychiatr. Behandlungen			Körperl. Krankheit		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
641 (N=22)	54 (71)	13 (17)	9 (12)	51 (60)	14 (16)	20 (24)	12 (71)	5 (29)	0 (0)
642-645 (N=25)	56 (78)	11 (15)	5 (7)	50 (75)	12 (18)	5 (7)	20 (57)	9 (26)	6 (17)
646 (N=72)	158 (74)	39 (18)	16 (8)	132 (67)	45 (23)	21 (11)	68 (60)	34 (30)	11 (10)
Gesamt (N=119)	268 (74)	63 (17)	30 (8)	233 (69)	71 (21)	36 (11)	100 (61)	48 (29)	17 (10)
Zelleninhalt: Anzahl Episoden, in Klammern Prozentwerte; Beobachtungszeiträume: I=Beginn vor Erstkontakt; II=zwischen Erstkontakt und Rentenbeschluss; III=nach Rentenbeschluss									

⁹ Die Zahl der Episoden weicht somit leicht von jener im Abschnitt 3.1 erwähnten Zahl ab, weil es vereinzelte Episoden gibt, bei denen weder ein gültiges Ereignis- noch ein gültiges Dokumentationsdatum vorliegt.

¹⁰ Viele Episoden verzeichnen kein Enddatum: Bei diesen wurden für die folgende Auswertung als Enddatum das Ende des Untersuchungszeitraumes (d.h. 31.10.2012) eingesetzt.

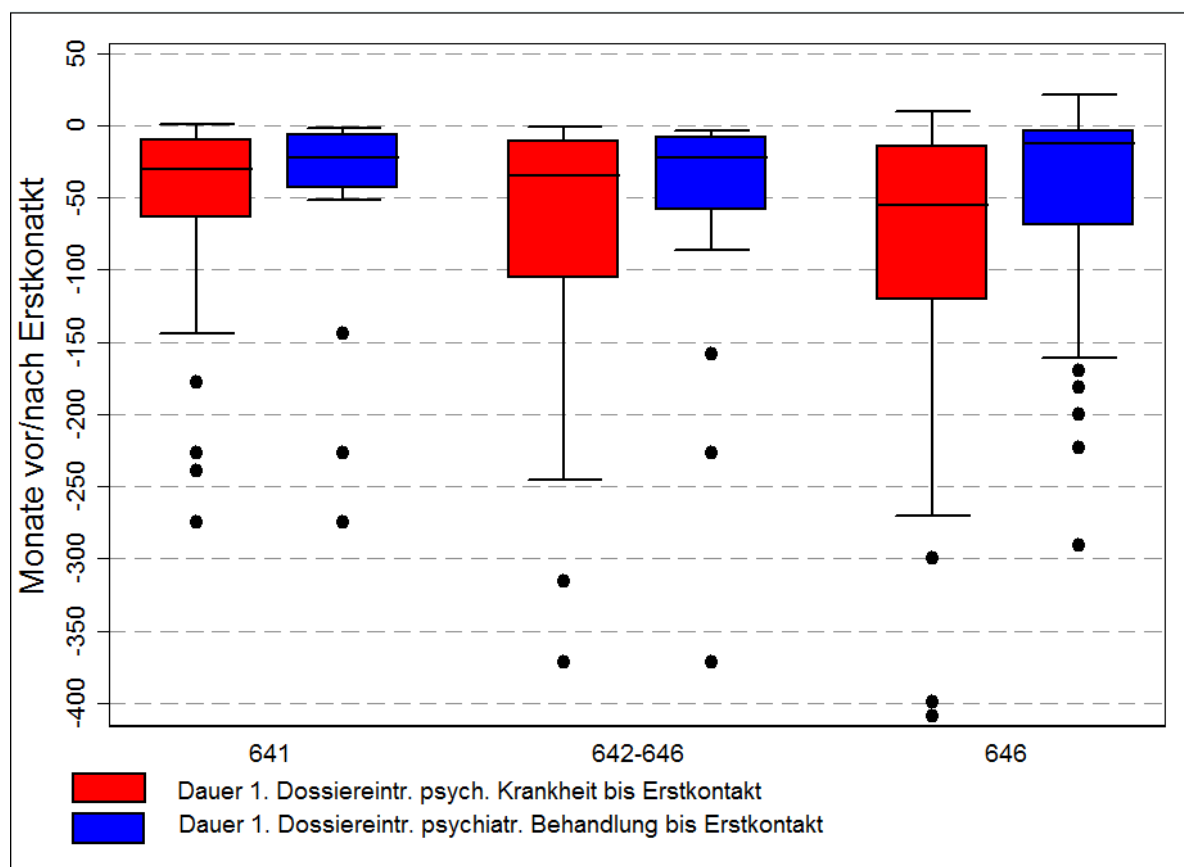
Die soeben geschilderten Befunde betreffen die Analyseebene der Krankheits- und Behandlungs-episoden. Bei den psychiatrischen Behandlungen haben wir ergänzend dazu auch die Ebene der versicherten Personen untersucht. Dabei wird auch hier (s.u., Tabelle 20) deutlich – wenn auch in weniger ausgeprägtem Mass – dass bei einer knappen Mehrheit (56%) der versicherten Personen nur Behandlungen dokumentiert sind, die bereits vor dem IV-Erstkontakt begonnen haben (erste Tabellenzeile, Bezeichnung „E / - / -“). Darüber hinaus haben rund ein Drittel der Fälle (22+6+4=32%) psychiatrische Behandlungen dokumentiert, die während der IV-Abklärung begonnen haben. Und ein weiteres Fünftel (6+2+10=18%) verzeichnet dokumentierte Behandlungen im Dossier mit Beginn nach dem Rentenbeschluss. Erwartungsgemäss ist diese Gruppe relativ stark (30%) vertreten unter Personen, bei denen eine oder mehrere Rentenrevisionen vorgenommen wurden. Insgesamt zeigt sich, dass 94% der untersuchten Fälle bereits vor dem Erstkontakt mit der IV in irgend eine Art von psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung involviert waren.

Tabelle 20: Beginn psychiatrischer Behandlungen in Bezug auf Etappen des IV-Abklärungsprozesses (Analyseebene: Versichertendossiers)

Beginn Behandlungsepisoden (Varianten)	Rentenrevision		Gesamt (N=116)
	nein (N=73)	ja (N=43)	
• E / - / -	46 (63%)	19 (44%)	65 (56%)
• E / E-R / -	15 (21%)	15 (23%)	25 (22%)
• E / E-R / R	3 (4%)	4 (9%)	7 (6%)
• - / E-R / R	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
• - / - / R	1 (1%)	1 (2%)	2 (2%)
• E / - / R	4 (5%)	8 (19%)	12 (10%)
• - / E-R / -	4 (5%)	1 (2%)	5 (4%)
Zelleninhalte: Anzahl Fälle; Lesebeispiele: E / - / - = nur Behandlungen mit Beginn vor Erstkontakt; E / E-R / - = Behandlungen mit Beginn vor Erstkontakt und zwischen Erstkontakt und Rentenbeschluss, aber keine nach Rentenbeschluss			

In Bezug auf die „psychischen“ Merkmale wurde weiter untersucht, wie lange der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn der frühesten Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem IV-Erstkontakt ausfällt (Abbildung 4). Im Durchschnitt (=Median) über alle versicherten Personen liegt der Beginn der am frühesten dokumentierten Episode einer psychischen Erkrankung 37 Monate und der Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung 18 Monate vor dem Erstkontakt mit der IV. Die Streuung dieser Variablen ist jedoch erheblich: beispielsweise verzeichnet ein Viertel der Fälle einen dokumentierten Krankheitsbeginn von über 110 Monaten vor Erstkontakt und einen Behandlungsbeginn von über 56 Monaten vor Erstkontakt. Hingegen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Gebrechensgruppen (641, 642-645, 646) festzustellen.

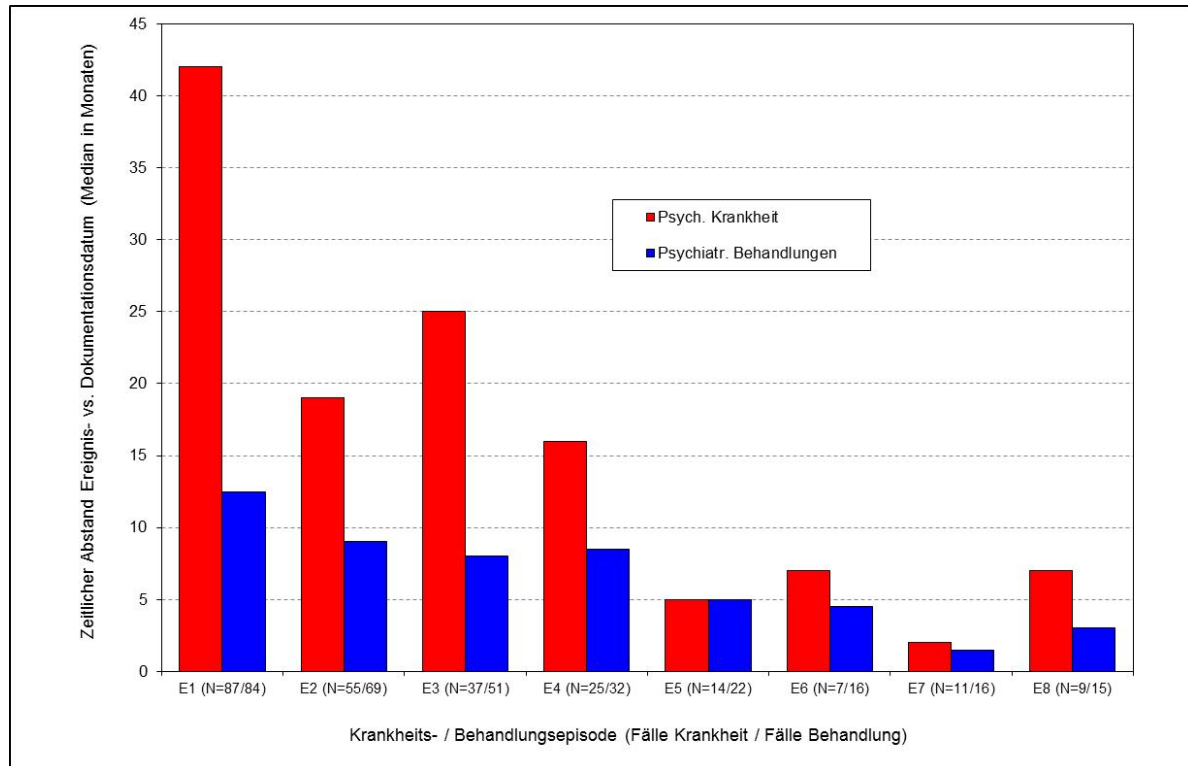
Abbildung 4: Zeitlicher Abstand (Monate) zwischen Datierung einer ersten psychischen Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem Erstkontakt mit IV (negative Werte=Episode liegt vor Erstkontakt)



Im Rahmen der Dossier-Schnellkodierung wurde neben dem „Ereignisdatum“ auch das „Dokumentationsdatum“ im Dossier erfasst. So lässt sich untersuchen, wie diese Daten miteinander korrespondieren. In Abbildung 5 ist der durchschnittliche (=Median) zeitliche Abstand zwischen Ereignis- und Dokumentationsdatum pro psychischer Krankheits- und psychiatrischer Behandlungsepisode dargestellt. Es zeigt sich zunächst einmal, dass dieser zeitliche Abstand bei den Krankheitsepisoden grösser ist als bei den Behandlungsepisoden, was v.a. daran liegt, dass das Ereignisdatum der dokumentierten Krankheitsepisoden oft auch weiter in die Vergangenheit zurückreicht (vgl. oben, Abbildung 4). Darüber hinaus wird deutlich – insbesondere bei den Behandlungen –, dass mit steigender Episodenzahl die Differenz zwischen Ereignis- und Dokumentationsdatum abnimmt. Dies ist nicht weiter erstaunlich, da bei höherer Episodenzahl, die späteren Episoden auch eher während der IV-Abklärung verortet sind und somit zeitnah zum Dokumentationsprozess liegen.

Der zeitliche Abstand ist zwischen Dokumentations- und Ereignisdatum ist statistisch nicht abhängig vom Alter, Geschlecht, Rentenstatus und dem Gebrechenscode der versicherten Personen, und es liegen auch keine Unterschiede nach der Zeitperiode des IV-Erstkontaktes (2005-07 oder 2008-10) vor.

Abbildung 5: Zeitlicher Abstand (Monate) zwischen Ereignis- und Dokumentationsdatum nach Episoden psychischer Krankheit und psychiatrischen Behandlungen



Untersucht man die Dauer der dokumentierten Krankheits- und Behandlungsepisoden, so stellt sich das Problem, dass eine grosse Zahl von Episoden über kein Enddatum verfügen. Wir haben die Dauer der Episoden nach zwei Varianten berechnet (Ergebnisse in Tabelle 21):

- unter der Annahme, dass fehlende Enddaten grundsätzlich mit einem chronischen bzw. fort-dauernden Verlauf gleichgesetzt werden können („korrigierte Werte“): hier wurde als Enddatum das Ende des Beobachtungszeitraumes in dieser Studie (bzw. der 31.10.2012) eingesetzt, und
- basierend auf der Einschätzung der Kodiererinnen zur Chronizität eines Zustandes (rund ein Fünftel der Fälle, s.o. Abschnitt 3.1) („unkorrigierte Werte“).

Bei der unkorrigierten Variante lässt sich nur für rund die Hälfte bis drei Viertel der Fälle (psych. Krankheitsepisoden: 50%; Behandlungsepisoden: 75%) die Dauer der Episoden berechnen. Die durchschnittliche Dauer der psychischen Krankheitsepisoden liegt je nach Berechnungsvariante zwischen rund vier- und sechseinhalb Jahren (korrigierte Werte) (bzw. 46–79 Monaten). Bei den Behandlungsepisoden weichen die beiden Werte stärker voneinander ab mit einer durchschnittlichen Dauer zwischen 3 und 37 Monaten.

Tabelle 21: Psychische Gesundheit: Dauer Krankheits- und Behandlungsepisoden in Monaten

Gebrechensgruppen	Psychische Krankheit		Psychiatr.-psychoth. Behandlungen	
	korrigiert (N=102)	unkorrigiert (N=60)	korrigiert (N=116)	unkorrigiert (N=88)
641	69 (44–113)	54 (23–98)	34 (3–68)	6 (1–38)
642-645	73 (43–125)	35 (1–113)	49 (3–75)	2 (1–4)
646	83 (54–139)	50 (2–92)	37 (4–73)	3 (1–43)
Gesamt	79 (49–125)	46 (2–98)	37 (3–72)	3 (1–38)

Zellen: Dauer in Monaten; in Klammern: mittlere 50% der Fälle;
 korrigiert=fehlendes Beginndatum ersetzt mit Datum des Dokumentationseintrages, fehlendes Enddatum ersetzt mit Enddatum des Beobachtungszeitraumes (31.10.2012)
 unkorrigiert: Enddatum nur dann auf 31.10.2012 gesetzt, wenn Zustand von Kodiererinnen explizit als andauernd/chronisch definiert

Es liegen bei allen dargestellten Episodendauern keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Alter, Geschlecht oder Gebrechenscode der versicherten Personen vor.

3.4.2 Versicherten-Gruppen

Auf der Grundlage der primär formal erfassten Merkmale der gesundheitlichen und der Behandlungssituation der versicherten Personen lassen sich in Bezug auf die psychische Gesundheit verschiedene Versicherten-Gruppen identifizieren. Dies sind durch eine bestimmte Kombination der folgenden Variablen definiert:

- psychische Krankheit: mindestens eine dokumentierte Episode;
- psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung: mindestens eine dokumentierte Episode;
- Eingliederungsmassnahmen: mindestens an einer Massnahme teilgenommen;
- Rentenbezug bzw. Rente bewilligt.

In Tabelle 22 sind die in der untersuchten Stichprobe vorkommenden Versichertengruppen aufgeführt. Es gibt – wie sich in den vorangehenden Abschnitten bereits zeigte – kaum Fälle ohne dokumentierte psychische Krankheiten oder Behandlungen dieser Krankheiten. Die beiden häufigsten Gruppen von versicherten Personen unterscheiden sich nur darin, ob sie erst Eingliederungsmassnahmen erhalten haben und anschliessend eine Rente bezogen (Gruppe „+P +B +E +R“: 29%) oder ohne Eingliederungsmassnahmen direkt zu einer Rente gekommen sind (Gruppe „+P +B –E +R“: 48%). Kleinere Gruppen bilden Personen mit Eingliederungsmassnahmen und ohne Rente (13%) und Personen, die weder an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen noch eine Rente erhalten haben (8%). Gewisse Unterschiede in der Verteilung dieser Gruppen nach Gebrechenscode zeigen sich v.a. dahingehend, dass bei Personen mit dem Code 641 (Schizophrenie) die Mehrheit (73%) ohne Eingliederungsmassnahmen direkt eine Rente bezieht¹¹.

¹¹ Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 12.6618$; Fishers' Exact $p = 0.069$

Tabelle 22: Kombination psychiatr.-psychoth. Behandlung, Eingliederungsmassnahmen und Rentenbeschluss nach Gebrechensgruppen (ungewichtete Stichprobendaten, N=115 Fälle)

	Gebrechensgruppen			Total
Versichertengruppen	641	642-645	646	
• +P +B –E –R	0 (0%)	0 (0%)	9 (13%)	9 (8%)
• +P +B +E –R	2 (9%)	4 (17%)	10 (15%)	16 (14%)
• +P +B +E +R	4 (18%)	10 (42%)	16 (23%)	30 (26%)
• +P +B –E +R	16 (73%)	9 (38%)	32 (46%)	57 (50%)
• +P –B –E +R	0 (0%)	1 (4%)	1 (1%)	2 (2%)
• –P –B +E –R	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)
Total	22 (100%)	24 (100%)	69 (100%)	115 (100%)
Missings: 4 Fälle mit hängigem Rentenbeschluss; Lesebeispiel: +P +B –E –R = psych. Krankheit, psychiatr.-psychoth. Behandlung, keine Eingliederungsmassnahmen, keine Rente				

3.4.3 Sequenzanalysen

Allgemeine Bemerkungen

Die Abbildung und Analyse von Sequenzen verschiedener Zustände in Bezug auf Krankheiten und Behandlungen ist in der vorliegenden Studie erst sehr begrenzt möglich, weil noch keine „inhaltliche“ Erfassung der interessierenden Variablen (z.B. Arten psychiatrisch-psychotherapeutischer Interventionen) erfolgt ist, sondern nur eine formale Erfassung des Vorhandenseins; diese erlaubt aber immerhin eine zeitliche Zuordnung von Episoden. Im Hinblick auf eine mögliche Hauptstudie erachten wir es deshalb als lohnend, das grundlegende Vorgehen am Beispiel von Sequenzen psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen zu illustrieren und einige Ergebnisse zu präsentieren.

Zum Vorgehen

Für einzelne Behandlungsepisoden wurde im Rahmen der „Schnellkodierung“ (s.o. Kapitel 2.1.2) jeweils ein Datum des Beginns und ein Datum des Endes einer Episode erfasst, soweit dokumentiert. In einem ersten Schritt ging es nun darum, die Behandlungsepisoden der verschiedenen Fälle auf einer standardisierten, für alle gleichen Zeitachse zu verorten. Dabei wurde das Datum des IV-Erstkontakts einer versicherten Person als Ankerdatum definiert und ausgehend davon die von einem Erstkontaktdatum am weitesten zurückliegende Behandlungsepisode (bzw. deren Beginn-Datum) in der Dossierstichprobe identifiziert. Der Beginn dieser frühesten Episode wurde als absoluter Null- oder Startpunkt der gesuchten Zeitachse definiert. Als absoluter Endpunkt wurde das Ende jener Behandlungsepisode definiert, welche in der Stichprobe am weitesten entfernt vom Erstkontaktdatum in Richtung Gegenwart liegt.

Absoluter Start- und absoluter Endpunkt spannen somit den maximal möglichen Zeitraum auf, innerhalb dessen Behandlungen in unserer Stichprobe registriert wurden. Konkret umfasst dieser Zeitraum rund 35½ Jahre (bzw. 425 Monate), aufgrund einiger Fälle, bei denen weit in der Vergangenheit liegende Behandlungen dokumentiert wurden (vgl. dazu Abbildung 4).

Abschliessend wurde die „Auflösung“ der Zeitachse festgelegt bzw. in welchen Zeitintervallen Behandlungssequenzen dargestellt werden sollen. Aufgrund des langen Zeitfensters haben wir Halbjahres-Intervalle gewählt, was somit insgesamt 78 Intervalle ergibt. Der Zeitpunkt des IV-

Erstkontaktes fällt dabei für alle Fälle in das 62. Zeitintervall: D.h., Episoden welche in tieferen Intervallen (z.B. zwischen dem 33.–45. Zeitintervall) angesiedelt sind, fanden somit vor dem Erstkontakt statt, Episoden in Intervallen >62 dagegen nach dem Erstkontakt.

Im vorliegenden Fall zeigte sich eine methodische Herausforderung für die Darstellung von Behandlungssequenzen dahingehend, dass bei vielen Behandlungsepisoden kein Enddatum dokumentiert ist (s.o., Abschnitt 3.4.1). Die Folge davon ist, dass mehrere Behandlungsepisoden zumindest für gewisse Zeitabschnitte gleichzeitig vorliegen. Dies erschwert die Abbildung von Sequenzen, die als Abfolge von unterschiedlichen (sich gegenseitig ausschliessenden) Zuständen definiert sind. Es war deshalb im vorliegenden Fall notwendig, Behandlungssequenzen als mindestens eine oder aber als Kombination von zwei oder mehreren Behandlungsepisoden zu definieren. Dabei gehen wir vom Extremfall aus, dass jede Behandlungsepisode pro versicherte Person eine je spezifische Art von Behandlung darstellt¹².

Insgesamt konnten in unseren Daten bis zu acht Behandlungsepisoden pro versicherte Person identifiziert werden. Für die nachfolgenden Analysen haben wir eine Vereinfachung vorgenommen und diese auf maximal vier Episoden beschränkt, die wir fortan als A, B, C und D bezeichnen – Immerhin weisen rund drei Viertel der untersuchten Versichertendossiers nicht mehr als vier Episoden auf. Aber selbst bei vier Behandlungsepisoden ist die Zahl der theoretisch möglichen Kombinationen der vier Behandlungsepisoden (A, B, C, D) $4!=24$.

Einige Befunde

Empirisch zeigen sich in unserer Stichprobe 14 verschiedene Kombinationen, wovon in Tabelle 23 die vier häufigsten aufgeführt sind. So bedeutet etwa die häufigste (58%) Variante „A“: nur eine, die Behandlungsepisode A läuft. Dagegen gibt Variante „ABC“ eine Situation wider, wo drei Behandlungsepisoden (A, B und C) gleichzeitig laufen.

Tabelle 23: Häufigste Kombinationen von bis zu vier gleichzeitig stattfindenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden (A, B, C, D)

Behandlungsepisoden	N	%	kum.%
„A“	1122	57	57
„AB“	321	16	73
„B“	174	9	82
„ABC“	86	4	86
Behandlungsepisoden: A, B, C, D; Lesebeispiel „AB“: Behandlung(sepisoden) A und B finden gleichzeitig statt; N: Anzahl Fälle (=Zeitintervalle zu 6 Monaten x Personen)			

Für die Verteilung der häufigsten Behandlungssequenzen zeigen sich auch Unterschiede nach Gebrechenscode und Alter der versicherten Personen (Tabelle 24): So überwiegt bei versicherten Personen mit dem Gebrechenscode 646 die alleinige Durchführung der Behandlung A, bei versicherten Personen mit dem Code 641 spielt dagegen die Behandlungssequenz „AB“ eine vergleichsweise wichtige Rolle und bei versicherten Personen in der Gebrechensgruppe 642-645 ist vergleichsweise häufig die Behandlungssequenz ABC vertreten.

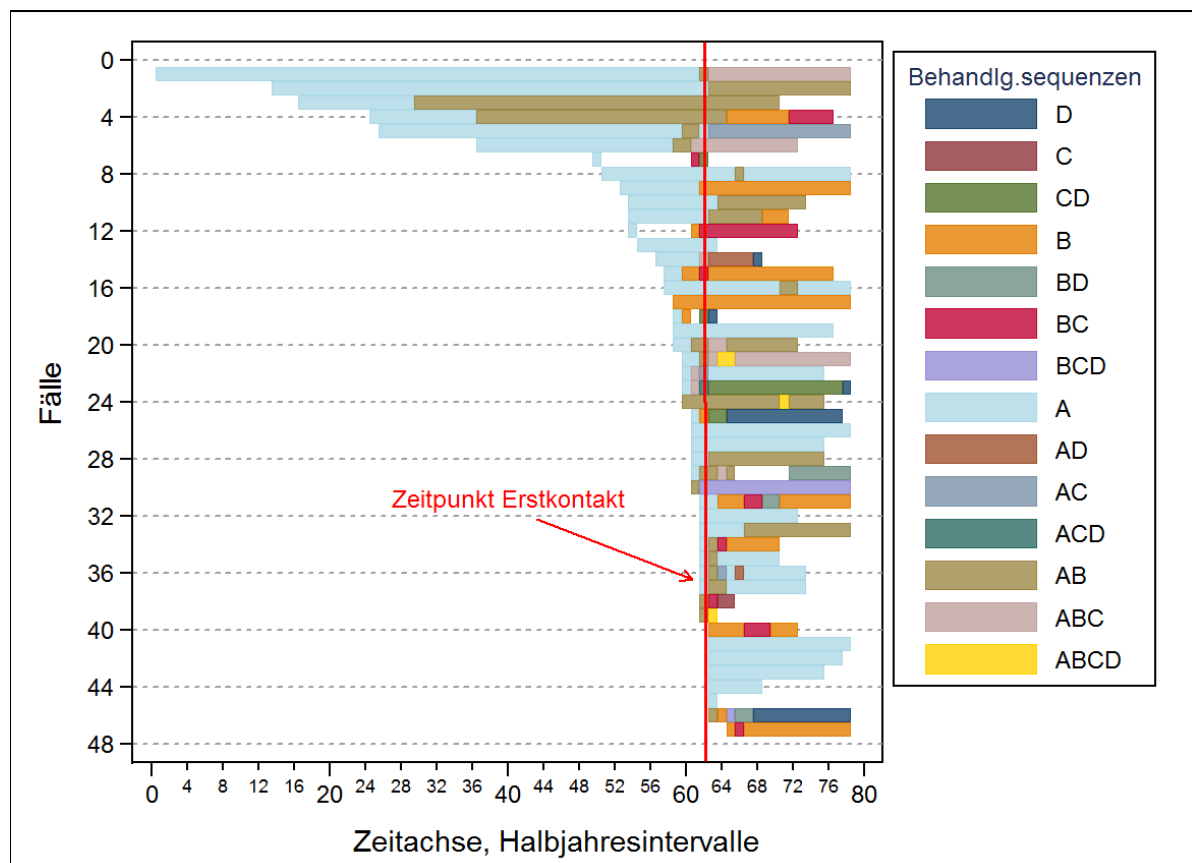
¹² Wenn in einer späteren Studie spezifische Arten von Behandlungen erfasst werden, dürfte sich das Vorhaben vereinfachen.

Tabelle 24: Häufige psychiatr.-psychoth. Behandlungssequenzen nach Gebrechenscode und Alter

Behandlungen	Gebrechensgruppen			Altersgruppen			Gesamt (n=1742)
	641 (n=344)	642-645 (n=375)	646 (n=1023)	16-24J (n=392)	25-44J (n=668)	45-60J (n=682)	
A	51%	58%	73%	62%	63%	69%	65%
B	11%	8%	10%	9%	16%	4%	10%
AB	34%	25%	13%	25%	18%	18%	20%
ABC	5%	9%	4%	4%	3%	9%	6%

n: Anzahl Fälle x Anzahl Sequenzen; Gebrechensgruppen: $\chi^2=105.12$, $p<.001$, Cramers' V=0.174;
 Altersgruppen: $\chi^2=76.83$, $p<.001$, Cramers' V=0.149;

In Abbildung 6 sind im Sinne einer Vereinfachung für eine zufällige Teilstichprobe von 47 Fällen (aus insgesamt 119) die Abfolge von verschiedenen Behandlungssequenzen pro Fall dargestellt. Die vertikale rote Linie gibt den Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der IV wieder.

Abbildung 6: Beispiel – Sequenzen von vier Behandlungsepisoden für eine zufällige Teilstichprobe (N=47)

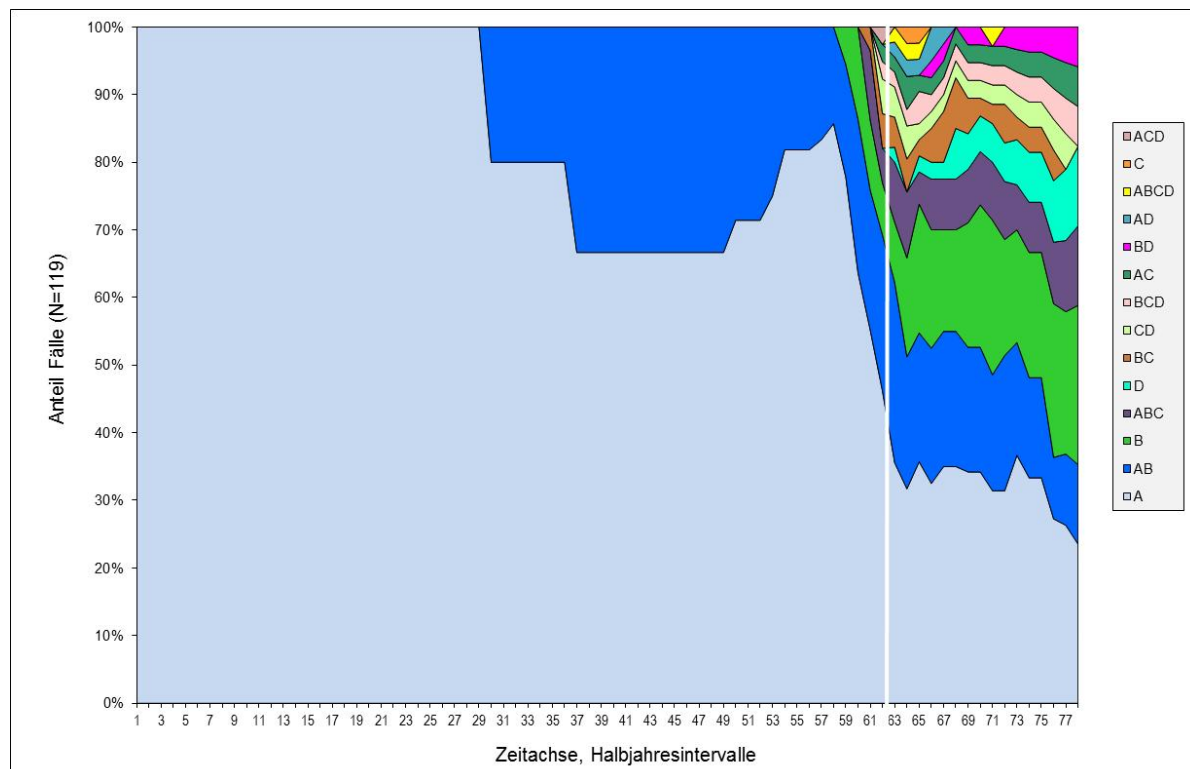
- Es zeigen sich zunächst einige bereits aus den vorangehenden Analysen bekannte Sachverhalte: So gibt es eine Gruppe von versicherten Personen, bei denen relativ weit (bzw. mehrere Jah-

re) vor dem Erstkontakt zurückliegende Behandlungen dokumentiert sind. Bei vielen versicherten Personen sind die Behandlungen jedoch (nur) relativ zeitnahe zum Erstkontakt angegeben.

- Deutlich wird auch die Häufigkeit der Behandlungssequenzen mit den drei häufigsten Sequenzen A, AB, B, welche zusammen rund 80% der Fälle versammeln (s.o.) – D.h., viele Dossiers haben nur 1-2 Behandlungsepisoden dokumentiert.
- Einzelne Fälle (z.B. Fall Nr. 12) scheinen Lücken in den Behandlungen bzw. Zeitperioden aufzuweisen für die keine Behandlung dokumentiert ist.
- Oft scheint die „Behandlungsaktivität“ nach dem IV-Erstkontakt zuzunehmen, indem zu einer ersten schon laufenden Behandlung, weitere (zumindest vorübergehend) hinzukommen, oder verschiedene Behandlungen auf einander folgen.

Dieser zuletzt erwähnte Befund der zunehmenden Behandlungsvielfalt ab Erstkontakt wird durch die folgende Abbildung 7 noch verdeutlicht: diese bezieht sich nun auf die Gesamtstichprobe aller 119 Fälle und zeigt den Anteil der einzelnen Behandlungssequenzen am Gesamt aller Sequenzen im Zeitverlauf. In der Zeit vor dem Erstkontakt überwiegen 1-2 Behandlungsepisoden (A und A&B). Erst rund 1½ Jahre (bzw. 3 Halbjahresintervalle) vor dem Erstkontakt werden zunehmend weitere Behandlungsepisoden dokumentiert, deren Spektrum sich nach dem Erstkontakt nochmals deutlich verbreitert, um sich schliesslich gegen Ende des Beobachtungszeitraumes wieder etwas zu reduzieren.

Abbildung 7: Anteil verschiedener Behandlungssequenzen am Gesamt aller psychiatr.-psychoth. Behandlungssequenzen im Zeitverlauf (Gesamtstichprobe, N=119)

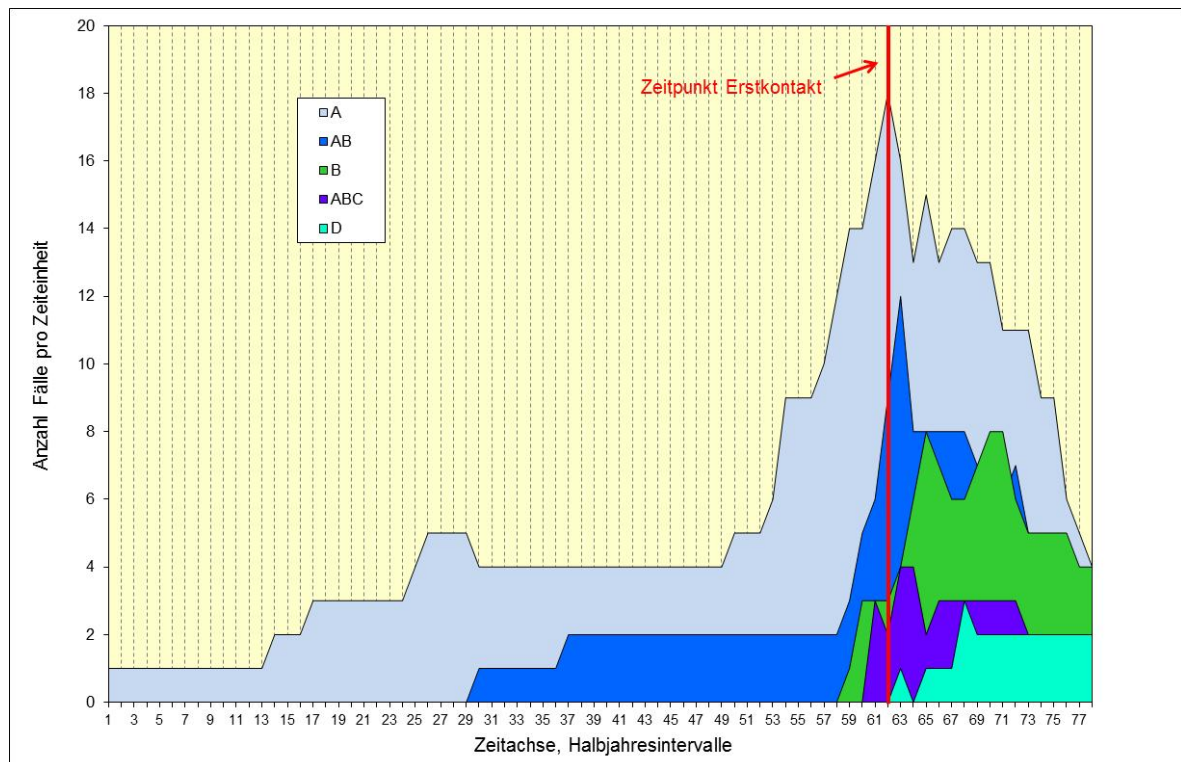


Noch einmal etwas anders ist die zahlenmässige Entwicklung im Zeitverlauf für die fünf häufigsten Behandlungssequenzen (A, AB, B, ABC, D) in Abbildung 8 dargestellt. Diese zeigt – wiederum für die Gesamtstichprobe – wie viele Fälle sich pro Zeitintervall in einer der fünf erwähnten Sequenzen

befinden. Die Grafik zeigt in Ergänzung zu der vorangehenden Darstellung die quasi „mengenmäßige“ Entwicklung der dokumentierten Behandlungen, die um den Erstkontakt herum ein Maximum erreicht und dann langsam wieder absinkt.

Die hier dargestellten Befunde einer Analyse von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssequenzen sind als Illustration zu verstehen. Wenn einzelne Behandlungsepisoden sich konkreten Behandlungsformen (z.B. Psycho-, Pharmakotherapie etc.) zuordnen lassen, werden die Befunde an inhaltlicher Substanz gewinnen. Es zeigt sich aber auch die Komplexität einer solchen Analyse. Darüber hinaus ist zu betonen, dass die Ergebnisse nicht die unverstellte Realität der Behandlungssituation der versicherten Personen wiedergeben, sondern die in den Dossiers dokumentierte Realität. So kann etwa die markant zunehmende Behandlungsvielfalt ab Erstkontakt nicht einfach als Ausdruck einer realen Zunahme von Interventionen – u.U. von der IV veranlasst – interpretiert werden. Der Befund kann auch das Resultat des IV-Abklärungsprozesses und der damit verbundenen Dokumentationspraxis sein, indem der Zeit um den Erstkontakt bei der Versicherten-Anamnese besondere Aufmerksamkeit zu Teil wird und dazu entsprechend viel dokumentiert wird.

Abbildung 8: Verteilung der fünf häufigsten psychiatr.-psychoth. Behandlungssequenzen im Zeitverlauf (Anzahl Fälle pro Halbjahresintervall)



3.5 Fazit

3.5.1 Formale Aspekte

- Zu den Merkmalsbereichen, die von zentralem Interesse für die vorliegende Studie sind – d.h. psychische Krankheit, psychiatrische Diagnosen, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen, Arten dieser Behandlungen – sind bei fast allen Fällen Informationen in den Versichertendossiers dokumentiert.

- Bei einer Mehrheit (rund 75%) der versicherten Personen sind mehr als eine Episode von psychischer oder körperlicher Krankheit und entsprechender Behandlungen dokumentiert. Einige versicherte Personen weisen bis zu acht Episoden auf.
- In rund zwei Dritteln der Dossiers liegen auch Angaben zu körperlichen Krankheiten und deren Behandlung vor, die im Durchschnitt 1-2 Episoden umfassen.
- Eingeschränkt dokumentiert ist die zeitliche Verortung der Episoden: Der Beginn der Episoden ist zwar meistens erfasst (psychische Krankheitsepisoden: 68%; psychiatr.-psychother. Behandlungen: 92%). Hingegen liegt nur bei einer begrenzten Zahl der Episoden auch ein Enddatum vor (15% der Krankheiten; 52% der Behandlungen). Bei einem Teil der Fälle ist dies aufgrund der Dossierinformationen eindeutig auf einen chronischen Verlauf zurückzuführen. Berücksichtigt man dies, kann der Anteil Fälle, für die eine Dauer berechnet werden kann, auf 50% (psych. Krankheiten) bis 74% (Behandlungen) erhöht werden. Bei den anderen Fällen, sind die Ursachen für fehlende Enddaten nicht eindeutig erklärbar: sie können zwar ebenfalls Ausdruck einer Chronizität sein, aber eben auch das Ergebnis der Dokumentationspraxis, indem der weitere Verlauf bestimmter Phänomene nicht mehr geprüft wurde.
- Insgesamt kann die Dokumentationsqualität im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen bei rund zwei Dritteln der Dossiers als gut und bei rund einem Drittel als gering bis schlecht eingestuft werden. In Bezug auf einzelne Behandlungsepisoden weisen rund die Hälfte (57%) eine gute Dokumentationsqualität auf, weitere rund 7% weisen eine immerhin als „mittel“ eingeschätzte Dokumentationsqualität auf. Rund ein Drittel (36%) der erfassten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen liefert höchstens sehr lückenhafte Informationen.
- Die einzelnen Etappen des IV-Abklärungsprozesses sind in den Dossiers identifizierbar. Zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen und zum Rentenbeschluss liegen in den meisten Fällen eindeutige Informationen vor. Rentenrevisionen wurden bei rund der Hälfte der Fälle registriert, aber bei rund einem Viertel war aufgrund der Dossierkodierung das Ergebnis der Revision unklar; dieses konnte erst auf Basis der IV-Registerdaten ermittelt werden.
- Explizite Angaben in den Dossiers zur Prüfung der Ausschöpfung von Behandlungsmöglichkeiten durch die IV konnten nur sehr selten sowohl während der Rentenprüfungsphase (5 von 119 Fällen) als auch bei Rentenrevisionen (4 von 43 Fällen) identifiziert werden.
- Die Abbildung des zeitlichen Verlaufes des IV-Abklärungsprozesses über die Etappen Erstkontakt–Eingliederungsmassnahmen–Rentenbeschluss–Rentenrevision ist auf der Grundlage der Dossierinformationen gut möglich. Die Darstellung von Krankheits- und Behandlungsverläufen ist anspruchsvoller aber unter Vorbehalten möglich aufgrund z.T. fehlender Angaben zum Beginn und v.a. zum Ende von Krankheits- und Behandlungsepisoden (s.o.); diese können aber in einigen Fällen rekonstruiert werden.

3.5.2 Inhaltliche Aspekte

- Die Anzahl psychischer Krankheitsepisoden variiert in der untersuchten Stichprobe nicht nach Alter, Geschlecht und Gebrechenscode (641-646) der versicherten Personen; und auch für die Zahl psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsepisoden lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede nach diesen drei Merkmalen feststellen. Hingegen zeigen sich Unterschiede bei körperlichen Krankheitsepisoden, die besonders häufig bei Personen der Gebrechensgruppe 646 und bei über 45-Jährigen dokumentiert werden.

- Es lassen sich primär zwei Hauptgruppen von versicherten Personen identifizieren: a) Personen bei denen erst Eingliederungsmassnahmen vorgenommen werden, und die dann eine Rente erhalten (25% in der ungewichteten Untersuchungsstichprobe), und b) Personen, bei denen direkt eine Rente gesprochen wird (50%). Letztere Gruppe ist besonders in der Gebrechensgruppe 641 überproportional vertreten (75%). Die Einbindung in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eignet sich noch nicht als Unterscheidungsmerkmal (praktisch alle versicherten Personen sind in mindestens einer Behandlung), solange nicht nach Art der Behandlung differenziert wird.
- Es fällt auf, dass eine Mehrheit der erfassten psychischen Krankheitsepisoden (74%), der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden (69%) und der körperlichen Krankheitsepisoden (61%) bereits vor dem Erstkontakt mit der IV begonnen haben – und dies z.T. sogar lange (d.h. mehrere Jahre) vorher. Dies deutet darauf hin, dass die gesundheitlichen Probleme der versicherten Personen, die letztlich zu einer Antragsstellung bei der IV führen, oft eine bereits längere Vorgeschichte haben dürften. Die versicherten Personen sind zwar medizinisch betreut, es ist aber nicht feststellbar, ob sie adäquat versorgt sind. Der Befund deutet auch auf eine mögliche Schwierigkeit hin, wenn nach dem IV-Erstkontakt weitere Behandlungen veranlasst werden, da diese dann oft auf bereits bestehende Behandlungsarrangements abgestimmt werden müssen bzw. müssten.
- In beinahe allen Fällen (94%) der untersuchten Versichertendossiers sind psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen dokumentiert, die bereits vor dem (Erst-)Kontakt mit der IV initiiert wurden. Und bei rund der Hälfte dieser Dossiers sind gar *nur* psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen vor dem Erstkontakt angegeben. Dies bedeutet somit, dass nur bei jeder zweiten versicherten Person *nach dem Beginn der IV-Abklärung* noch neue Behandlungen in die Wege geleitet wurden. Bei den anderen werden wohl meistens bereits bestehende Behandlungsarrangements fortgeführt.
- Es lassen sich verschiedene Behandlungssequenzen identifizieren, wobei v.a. drei Varianten überwiegen (82% der Fälle): (1) nur eine Behandlung wird über einen bestimmten Zeitraum durchgeführt; (2) eine erste Behandlung wird nach einer gewissen Zeitspanne mit einer zweiten kombiniert, welche dann beide zeitlich parallel laufen; (3) eine zweite Behandlung wird nach Abschluss einer ersten neu aufgenommen. Darüber hinaus gibt es aber auch rund ein Sechstel von versicherten Personen mit komplexen Behandlungssequenzen, welche durch eine Abfolge oder auch Kombination von mehreren Behandlungen charakterisiert sind. Die Behandlungssequenzen sind bis zu einem gewissen Grad abhängig vom Alter und dem Gebrechenscode der versicherten Personen.
- Häufigkeit und Vielfalt von Behandlungen scheinen nach dem Erstkontakt mit der IV zuzunehmen, um gegen Schluss des Abklärungsprozesses wieder abzunehmen. Dieser Befund muss aber v.a. als in den Dossiers abgebildete Realität betrachtet werden: d.h., sie ist das Ergebnis des Dokumentationsprozesses. Auf diesem Hintergrund können fehlende Enddaten bei Behandlungen und Krankheiten auch ein Ergebnis der Dokumentationspraxis sein, indem primär interessiert, wann bestimmte Interventionen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen begonnen haben. Hingegen wird möglicherweise weniger geprüft, ob eine bestimmte Behandlung fort dauert oder aber beendet wurde.

4 Vertiefende Inhaltsanalyse zur Behandlungssituation

4.1 Vorbemerkungen

In einem ersten Schritt wird das Vorhandensein und die Dokumentationsqualität von interessierenden Informationen geprüft, die nicht bereits im Rahmen der Schnellkodierung (s.o. Kapitel 3) untersucht wurden. Im Anschluss werden Querverbindungen zwischen verschiedenen Inhaltsbereichen dargestellt, welche zum Verständnis eines Falles im Hinblick auf den Krankheitsverlauf und die Angemessenheit der Interventionen (psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen, IV-Massnahmen) herangezogen werden können.

4.2 Vorhandensein der vertiefenden Informationen

4.2.1 Generelle Merkmale der psychisch erkrankten Person

Soziodemografische Kriterien

Die grundlegenden und einfach zu erhebenden soziodemographischen Merkmale der versicherten Person (Geburtsdatum, Geschlecht, Nationalität, Schul-, Aus- und Weiterbildung, Arbeitgeber, Tätigkeit im Betrieb) sind in der Regel gut dokumentiert, da sie in standardisierten Formularen beim Erstkontakt erfasst werden. Weitergehende Merkmale, die – z.B. im Sinn der Arbeitsplatzsicherheit – für den IV-Verlauf wichtig sein könnten, sind in den Dossiers in der Regel nicht abgebildet.

Psychiatrisch valide Diagnosen

Diagnosen sind in allen Dossiers enthalten, wie die Schnellkodierung gezeigt hat (vgl. Kapitel 3). Allerdings zeigt die vertiefende Analyse der Dossiers, dass die Qualität der Informationen zu psychiatrischen Diagnose abhängig ist von den Auskünften, welche die IV-Stellen von den behandelnden Ärzten/innen erhalten. Nach dem Erstkontakt der versicherten Person holt die IV in der Regel mit vorbereiteten Formularen Informationen bei den Behandelnden ein. Diese Formulare wurden teilweise nur unvollständig beantwortet. Insbesondere wenn die Auskünfte von Hausärzten kommen, sind die Angaben zur Psychopathologie oft unzureichend. Diagnosen von Facharztseite sind meist nach dem ICD-10 verschlüsselt, psychiatrische Diagnosen von Hausärzten teils nur als Freitext mit nicht-standardisierten Bezeichnungen.

Teilweise werden auch mehr oder weniger ausführliche frei formulierte Arztbriefe übermittelt. Diese sind hinsichtlich der Psychodiagnostik insbesondere dann von guter Qualität und Aussagekraft, wenn sie von Fachärzten stammen. Nach stationären Aufenthalten finden sich in den Dossiers in der Regel sehr aussagekräftige Austrittsberichte, in denen die Kranken- und Behandlungsgeschichte vor dem Aufenthalt gut dokumentiert ist. Gleiches gilt im Fall, dass ein Gutachten vorliegt.

Ein Schweregrad der Belastung wird in der Regel nicht mitgeteilt, ganz zu schweigen von einer differenzierten Darstellung der Einschränkungen in Alltagsleben und Beruf.

Zeitpunkt des Eintritts der Erkrankung

Für den Zeitpunkt der Ersterkrankung und den weiteren Krankheitsverlauf gilt Ähnliches wie für die Diagnosen: Je nach Intensität der Behandlung – also insbesondere nach stationären Aufenthalten oder bei fachärztlicher Behandlung – ist die Anamnese in den Dossiers gut eruierbar. Mit zunehmender Zahl von Behandlungsepisoden oder beteiligten Behandlern steigt der Analyseaufwand

allerdings kurvilinear an und es können auch widersprüchliche Angaben der behandelnden Fachpersonen auftreten.

Beteiligte und Bezugspersonen

Über soziale Ressourcen der versicherten Person wird in den Dossiers grundsätzlich sehr wenig ausgesagt. Dies hängt vermutlich v.a. damit zusammen, dass die Informationen, die von ausserhalb zur IV gelangen und im Dossier dokumentiert werden, vorwiegend aus dem medizinischen Umfeld stammen, das sich auf die somatische oder psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung konzentriert. Vereinzelt wird in Arztberichten von guten oder schlechten Kontakten der versicherten Person zu Angehörigen berichtet. Von IV-Seite werden soziale Ressourcen jedoch nicht systematisch ermittelt.

Arbeitssituation vor dem Erstkontakt mit der IV

Im Dokumentationsformular für den Erstkontakt und in späteren Auskünften, die vom Arbeitgeber eingeholt werden, sind im Allgemeinen ausreichende Informationen zur bisherigen Arbeitssituation enthalten. Anders sieht es mit dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit (AF) aus: diese wird zwar in den Formularen der IV von den Behandelnden erfragt, von diesen aber häufig nicht angegeben. In frei formulierten Arztbriefen oder Austrittsberichten wird die Arbeitsfähigkeit häufig mitgeteilt, jedoch teilweise mit ungenügender Begründung und nicht differenziert nach AF in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit. Aus den verschiedenen Quellen lässt sich der Status der AF und deren Verlauf oft nur unzureichend nachzeichnen.

Angaben zu einem betrieblichen Case-Management waren in keinem der zwölf vertieft ausgewerteten Dossiers enthalten.

4.2.2 Kriterien für die Analyse des Therapieverlaufs

Behandlungsrate

Alle für die vertiefende Analyse ausgewählten versicherten Personen wurden einmal, die Hälfte auch zweimalig oder mehrfach, auf die psychische Störung hin behandelt (vgl. dazu auch Kapitel 3 zur Anzahl der Behandlungsepisoden). Die Behandlung erfolgte in der ersten Episode zumeist durch einen niedergelassenen Facharzt, in vier Fällen auch direkt in der Erstmanifestation der Erkrankung im Rahmen eines Klinikaufenthaltes und in einem Fall durch eine psychologische Psychotherapeutin. Die fachärztliche Behandlung erfolgte häufig auf Überweisung durch und in Kooperation mit dem Hausarzt oder der Hausärztin.

Einzelne Krankheitsepisoden sind teilweise nur schwer voneinander abgrenzbar. Ein wesentliches Kriterium für das Weiterbestehen derselben Erkrankung ist die gleichbleibende Hauptdiagnose. Wenn diese jedoch zu Beginn einer Erkrankung noch nicht definitiv (fachärztlich) festgestellt wurde oder wenn verschiedene Störungen ineinander greifen, ändert sich die Hauptdiagnose teilweise im Verlauf. Zudem lässt sich oft der Zeitpunkt, an dem eine Erkrankung als chronifiziert betrachtet werden muss, nicht eindeutig bestimmen, weil die Episoden zu schlecht dokumentiert sind und deshalb das allgemein akzeptierte Kriterium einer Dauer der Symptomatik von mehr als sechs Monaten nicht geprüft werden kann.

Mit den Behandlungsepisoden ist es ähnlich: Ein üblicher Standard für eine Weiterbehandlung (anstatt eines Neueintritts) ist im stationären Bereich eine Behandlung in derselben Einrichtung mit derselben Diagnose und nach einer Unterbrechung von weniger als 14 Tagen (ansonsten würde von einem Wiedereintritt bei zuvor nicht abgeschlossener Behandlung gesprochen). Psychothera-

apeutische und psychiatrische Behandlungen verlaufen aber häufig in mehreren Stufen mit länger-dauernden ambulanten Phasen, welche immer wieder durch stationäre Aufenthalte unterbrochen werden, und mit zwischenzeitlichen Phasen ohne Behandlung. In der intensiven Analyse wurde jeweils nach einem Behandlerwechsel, bei einem neuen Setting (ambulant, teilstationär, stationär) oder nach längeren Unterbrüchen ohne Behandlung von einer neuen Behandlungsepisode ausgegangen. Für die Beurteilung der Behandlungsintensität und -angemessenheit ist die genaue Abgrenzung von Episoden letztlich aber nicht entscheidend. Wichtiger ist die klare Dokumentation der einzelnen Behandlungsmassnahmen und deren Koordination und Abstimmung im Hinblick auf angemessene Therapieziele.

Gründe für Nichtbehandlung

In der Stichprobe der zwölf Dossiers wurden alle versicherten Personen behandelt, häufig auch mehrfach – wie dies aufgrund der Befunde der Schnellkodierung (Kapitel 3) zu erwarten war. Bei längeren Krankengeschichten trat aber immer wieder ein Zustand ein, bei dem Behandlungen aufgrund ganz unterschiedlicher Sachlagen beendet wurden, sei es durch Abbruch vonseiten der versicherten Person, wegen Erreichens eines chronischen Zustands ohne Aussicht auf Erfolg durch weitere Behandlungsversuche oder auch ohne nachvollziehbaren Grund. Teilweise sind die Dossiers in diesem Sachverhalt wenig oder gar nicht aussagekräftig, da oft nur für stationäre Behandlungen ein Abschluss- (Austritts-)Bericht dokumentiert ist. Ambulante Behandlungen enden teilweise, ohne dass die IV dies zeitnah erfährt. Erst beim Eintritt einer neuen IV-relevanten Situation (z.B. einem Rentenansinnen oder einer Rentenrevision) kann die IV wieder aktiv werden, von den Behandelnden einen aktuellen Verlaufsbericht einholen und allenfalls Auflagen aussprechen oder Massnahmen initiieren.

Behandlungsbeginn

Wie sich im Rahmen der Schnellkodierung gezeigt hat (vgl. Kapitel 3), liegt die erste dokumentierte Behandlungsphase meist ein oder mehrere Jahre vor der IV-Anmeldung. Im häufigsten Fall ist in den zwölf vertieft ausgewerteten Dossiers die erste Erkrankungsphase auch identisch mit der ersten Behandlungsphase. Dies ist teilweise auch der Dokumentationspraxis geschuldet: über Erkrankungsphasen wird (insbesondere in der ambulanten Versorgung) v.a. dann berichtet, wenn eine Behandlung stattgefunden hat, und diese Auskünfte werden häufig bei der IV-Anmeldung eingeholt. Frühere, möglicherweise unbehandelte Krankheitsepisoden werden wenn, dann oft nur in stationären Austrittsberichten oder in Gutachten rapportiert.

Behandlungsarten

Die Behandlungen (erste Episode) fanden in sieben Fällen im ambulanten Setting, einmal teilstationär und viermal stationär statt. Als Methoden wurden viermal Psychopharmaka und Psychotherapie kombiniert, dreimal Psychopharmaka alleine, zweimal Psychotherapie allein und einmal Psychopharmaka, Psychotherapie und andere Methoden kombiniert (multimodale interdisziplinäre Behandlung). Von einer multimodalen, integrierten psychiatrischen Behandlung kann regelmässig bei einem stationären Aufenthalt in einem psychiatrischen Spital ausgegangen werden.

Behandlungsintensität

Eine detaillierte Darstellung des Behandlungsumfangs ist nur für ambulante Behandlungen relevant, im stationären Setting wird in der Regel über mehrere Wochen hinweg eine integrierte psychiatrische Behandlung mit mehreren Behandlungseinheiten täglich angewandt. In acht der zwölf Dossiers finden sich keine Angaben zur Behandlungsintensität, während die Länge der Behandlungsphasen bis auf drei Fälle dokumentiert ist. Aufgrund der mangelhaften Angaben zur Behandlungsintensität in

den einzelnen Episoden kann kein Gesamtumfang ermittelt und die Angemessenheit für die gegebene Diagnose nicht beurteilt werden.

Behandlungsdauer

Alle dokumentierten Fälle wurden zumindest einmal psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt, eine zweite Behandlungsepisode ist für drei Fälle, eine dritte für zwei und eine vierte für einen Fall dokumentiert. Die Behandlungsdauer schwankt, soweit sie dokumentiert ist, zwischen wenigen Tagen eines stationären Aufenthaltes und Kombinationen aus stationären und teils jahrelangen ambulanten Behandlungen. Zwischen der ersten dokumentierten Behandlung und der Rentensprache liegen in der Regel mehrere Jahre, wobei die Zeitdauer von einem einzigen Jahr bis zu sieben Jahren reichen kann. Renten wurden in vier Fällen unter der Auflage einer weiteren Behandlung gesprochen, um während der Berentung allenfalls noch Verbesserungen im Gesundheitszustand zu erreichen.

Diagnosestellung

Die Erst-Behandlungen wurden alle bereits von Fachärzten vorgenommen, sodass von einer fachgerechten Diagnosestellung ausgegangen werden kann.

Behandelnde Fachpersonen

Die ersten Behandlungen wurden von dafür qualifiziertem Fachpersonal vorgenommen. Die Behandlungen wurden in der Regel als erfolgreich eingeschätzt. Im weiteren Verlauf war allerdings teilweise auch zu beobachten, dass einzelne versicherte Personen ohne dauerhafte Verbesserung aus dem Behandlungsprozess ausschieden und dies ohne dass weitere Behandlungsversuche dokumentiert worden wären.

4.2.3 Rolle der IV-Stellen

Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren

Die Rolle der IV beschränkt sich meist auf die Durchführung der Abklärungen (Anfordern von Arztbriefen und anderen Auskünften, Beauftragen von Gutachten, Rückfragen beim RAD), das Herbeiführen von Entscheidungen über Eingliederungsmassnahmen, die Zusprache oder Ablehnung der Rente, Festsetzen des Berentungsgrades, die Organisation und Durchführung der Massnahmen, Beurteilung der Kooperation der versicherten Person mit der IV-Stelle.

In der Zusammenarbeit mit der versicherten Person ist die IV tätig in der Vermittlung von Informationen an diese und dem Einholen von Informationen vom versicherten Personen. Darüber hinaus organisiert sie die Durchführung von Massnahmen (z.B. Berufsberatung) und die Umsetzung von Entscheiden und engagiert sich allenfalls auch in der Auseinandersetzung mit Anwälten und Gerichten. In den Behandlungsprozess kann die IV lediglich über Auflagen an die versicherte Person steuernd eingreifen; diese Auflagen können sich z.B. auf die Verpflichtung zur Durchführung einer Therapiemassnahme beziehen. Auflagen werden allerdings auch nur dann ausgesprochen, wenn eine Rentenzusprache an bestimmte Bedingungen geknüpft wurde.

Rentenprüfung durch IV-Stelle

Wie die Schnellkodierung bereits andeutete, liessen sich nur in sehr wenigen Dossiers Hinweise auf eine explizite Prüfung der Ausschöpfung von Behandlungsmöglichkeiten durch die IV finden. Auch bei den zwölf Dossiers der vertieften Analyse wurde nur in einem Fall die Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten von der IV thematisiert und da bejahend beantwortet. Dies war ein Fall, bei dem der versicherten Person zuvor auferlegt worden war, eine ambulante Psycho- und Pharma-

kotherapie als Tertiärprävention durchzuführen. Diese Auflage und die damit verbundene Einschätzung, dass damit die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien, wurde auch bei der Rentenrevision beibehalten. Die IV kann bei der Bewertung der Angemessenheit und der Erfolgsaussichten der Therapieversuche teils auf die Empfehlungen aus Gutachten zurückgreifen, teils auch auf die Beratung durch den RAD. Wie die Ergebnisse zeigen, wird dies jedoch nur selten in den Dossiers explizit vermerkt. Die Rentenentscheide gründen meist allein auf der konstatierten Arbeitsunfähigkeit ohne eine (explizite) Einschätzung, welche Behandlungsmassnahmen, aber auch welche Eingliederungsmassnahmen noch aussichtsreich sein könnten.

4.3 Querverbindungen: Behandlungen, Arbeitsfähigkeit, Erwerbssituation

Die Erwerbssituation vor dem Erstkontakt mit der IV und in der Abklärungsphase ist in den Dossiers gut dokumentiert. Sofern Eingliederungsmassnahmen durch die IV veranlasst werden, sind auch deren Verlauf und Ergebnisse gut dargestellt. Über berufliche Tätigkeiten der versicherten Person nach der initialen Abklärung und nach einer Renten- oder sonstigen Entscheidung ist häufig weniger bekannt. Teilweise ist nicht zeitnah nachvollziehbar, ob eine versicherte Person wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hat oder dies anstrebt und welche Rolle die IV dabei hat: ob die IV z.B. unterstützend tätig werden könnte, auch wenn früher einmal eine Massnahme abgelehnt worden war.

Bei Entscheidungen der IV ist in der Regel dokumentiert, ob und inwiefern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt erwerbstätig ist. Zudem werden Auskünfte zur Arbeitsfähigkeit eingeholt, diese wird jedoch von den Behandelnden nicht immer zufriedenstellend beurteilt. Teilweise bestehen zwischen verschiedenen Behandelnden auch unterschiedliche Einschätzungen, sodass der IV eine wichtige Information in nicht ausreichendem Mass zur Verfügung steht. Nur nach stationären Behandlungen oder in Gutachten wird regelmässig ausreichend fundiert zur AF Stellung genommen.

Wegen dieser unsystematischen Dokumentation sowohl aufseiten der Behandlungsmassnahmen und ihres Erfolges als auch aufseiten der Arbeitsfähigkeit und Erwerbssituation sind valide Aussagen zu deren Zusammenhängen kaum möglich. Ein durchgängig geplantes, langfristig angelegtes Vorgehen zur Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit (z.B. im Sinn einer abgestuften psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, welche in Eingliederungsmassnahmen mündet, die wiederum die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen und dann zu einer Rückkehr in die Erwerbstätigkeit führen) kann nur in seltenen Fällen aus den Dossiers entnommen werden. Es könnte sein, dass dazu auch eine gewisse Zersplitterung der verschiedenen medizinischen Massnahmen beiträgt: so werden diese durch ganz unterschiedliche Leistungserbringende durchgeführt, sie laufen nicht immer gut koordiniert ab; darüber hinaus scheint die Fallsteuerung und die Abstimmung der medizinischen mit den Eingliederungsmassnahmen und flankierenden Angeboten oft als schwierig bzw. nicht geglückt.

Aus diesen Gründen ist aus den vorliegenden Daten auch kein klarer Zusammenhang zwischen den durchgeführten Behandlungsmassnahmen und dem IV-Verlauf (Eintritt bzw. Vermeidung oder Verzögerung einer Rente) erkennbar. In der grossen Mehrheit der analysierten Fälle wurde letztlich eine IV-Rente gesprochen, auch wenn die Behandlungsmöglichkeiten aus Sicht der Autoren dieses Berichts nicht in allen Fällen ausgeschöpft erscheinen.

4.4 Fazit

4.4.1 Vorhandensein relevanter Daten

Einfach zu erhebende Daten sind sowohl aufseiten der IV (z.B. Soziodemographie, Erwerbsbiographie der versicherten Personen) als auch von Seiten der Behandelnden (Diagnosen, grobe Behandlungsmethoden, Behandlungsbeginn etc.) in der Regel in den Dossiers vorhanden. Allerdings sind diese Informationen oft auf verschiedene Quellen verteilt und oft nur retrospektiv berichtet. Die Behandlungsmethoden sind am ehesten noch in Austrittsberichten von Spitälern dokumentiert. Dagegen sind ambulante Behandlungen durch Fachärzte und Psychotherapeuten häufig schlecht dokumentiert, insbesondere was die Ergebnisse dieser Behandlungen und mögliche bzw. notwendige weitere Schritte angeht.

Auch besonders eingliederungsrelevante Angaben wie die Arbeitsfähigkeit sind oft lückenhaft dargestellt, u.a. weil sie von den Behandelnden oft nicht in ausreichendem Umfang mitgeteilt werden und von der IV selbst nur mit grossem Aufwand eruierbar (z.B. über eine Begutachtung) sind. Krankheitsverlauf und Behandlungsmethoden in den einzelnen IV-Phasen sind somit alles in allem häufig zu ungenau dokumentiert, als dass die IV daraus immer Konsequenzen für weitergehende medizinische Interventionen oder Eingliederungsmassnahmen ziehen könnte.

Am besten sind Diagnosen- und Störungsverlauf in psychiatrischen Gutachten dokumentiert. Dort wird auch eine fundierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Möglichkeit zur Verbesserung derselben durch Interventionen abgegeben.

Die IV-Stellen unternehmen grosse Anstrengungen, um die erforderlichen Informationen zusammenzutragen, z.B. durch das Anfordern von Arztberichten etc. Es werden dafür nützliche Formulare an die Behandelnden versandt, diese werden aber dann oft nur unzulänglich ausgefüllt an die IV zurückgesandt. Nachforderungen an die Behandelnden konnten darüber hinaus in den Dossiers nicht identifiziert werden.

4.4.2 Struktur der Dossiers

Die Dossiers setzen sich aus ganz unterschiedlichen Dokumenten zusammen, welche teils rein IV-interner, administrativer Natur sind, teils aber auch gar nicht spezifisch für die Falldokumentation in einem IV-Dossier angefertigt wurden, sondern aus der Kommunikation von Ärzten untereinander stammen (z.B. Austrittsbericht vom Spitalarzt an den Hausarzt). Nur teilweise werden wichtige Informationen in spezifischen Formularen dokumentiert. Die Heterogenität der Dokumente zusammen mit ihrem teilweise unzulänglichen Informationsgehalt erschwert schon allein die Strukturierung des Dossiers in inhaltlich relevante Einheiten (eindeutige Abgrenzung der Krankheits- und Behandlungsepisoden und Zuordnung von Behandlungsmassnahmen). Dieser Strukturierungsprozess nahm bei der Kodierung der Dossiers häufig viel Zeit (ca. 3-5 Stunden) in Anspruch. Doch selbst nach dieser aufwändigen Strukturierungsarbeit war die Informationsgrundlage für die Beurteilung des Erfolgs bisheriger und der Aussichten und angemessenen Auswahl zukünftiger Interventionen als Basis für IV-relevante Entscheidungen häufig immer noch unzureichend. Hier wird sowohl hinsichtlich der konsequenten Vervollständigung der Informationsbasis als auch deren Aufbereitung im Hinblick auf das Fällen von Entscheidungen ein grosser Verbesserungsbedarf gesehen.

4.4.3 Prozesssteuerung

Es kann teilweise von „schleichenden“ Verläufen hin zu einer IV-Berentung gesprochen werden. Diese schleichenden Verläufe sind auch auf dem Hintergrund der folgenden beiden Problemkomplexe zu sehen:

- Informationslücken in den Dossiers und geringe Möglichkeiten der IV, diese zu beheben.
- Fehlende Möglichkeiten, medizinische, Eingliederungs- und flankierende sonstige Massnahmen zwischen den verschiedenen Akteuren/innen zu koordinieren.

Einflussfaktoren aus der Psychopathologie und der somatischen Gesundheit der versicherten Person, aus ihrem sozialen Umfeld, aus der Entwicklung am bisherigen Arbeitsplatz wirken zusammen mit den Effekten von teils komplexen Behandlungen und Eingliederungs-Interventionen. Im ungünstigen Fall können – wenn keine optimale Fallsteuerung erfolgt – schon kleinere Abweichungen vom idealtypischen Behandlungsverlauf zu Verzögerungen führen, die den Verlust des angestammten Arbeitsplatzes und damit weitere Gefühle der Hilflosigkeit und zusätzliche Dekonditionierung (d.h. Entwöhnung vom Arbeitsleben) bei den versicherten Personen nach sich ziehen. Diese können später oft nur schwer wieder aufgefangen werden und münden schliesslich in eine Frühberentung. Eine verbesserte Informationsgrundlage zur Beurteilung des Verlaufes und zur Entscheidung über angemessene Interventionen könnte hier die Fallsteuerung unterstützen.

4.4.4 Methodische Aspekte

Die Versichertendossiers wurden auch für die vertiefende Analyse mit einem strukturierten Kodierungsraster erfasst. Dieses sehr umfangreiche Instrument stiess angesichts der Komplexität der zu erfassenden Informationen an die Grenze dessen, was an inhaltlichen Gesichtspunkten ohne statistische Hilfsmittel noch überblickt werden konnte. Dabei sind besonders die folgenden methodischen Herausforderungen zu beachten:

- Der (zeitliche) Verlauf der Fälle ist oft sehr komplex und individuell. Es besteht die Gefahr, dass mit einem strukturierten Erfassungsraster der Detailreichtum der Daten nicht ausreichend erfasst werden kann. Über die in der vorliegenden, eher kursorischen Auswertung hinaus behandelten Aspekte wären noch viele weitere Themenfelder interessant und allenfalls auch für die Forschungsfragen relevant gewesen, z. B. welchen Einfluss unterschiedliche Ansichten der behandelnden Ärzte um die „richtige“ Diagnose auf den Therapie- und Eingliederungsverlauf haben.
- Die Chronologie einer Krankheit, ihr Verlauf in Episoden und ihre Behandlungen, ist in den Dossiers teilweise kaum rekonstruierbar (z.B. Beginn und Ende einer Episode, Abgrenzung verschiedener Episoden von leichten Schwankungen). Eine genaue Einteilung in Phasen scheint zwar unter praktischen Gesichtspunkten weniger relevant als die gute Koordination der Behandlungsmassnahmen, hinterlässt aber Unklarheiten, die selbst mit dem grossen Aufwand der Intensivkodierung nicht befriedigend gelöst werden konnten.
- Die Dokumentation von Diagnosen nach einem anerkannten psychiatrischen Diagnostiksystem (i.d.R. die ICD) kann als relativ gut beurteilt werden. Aber der zeitliche Verlauf und die Entwicklung von psychischen Störungen in der Biografie der versicherten Personen sind oft eher dürftig dokumentiert. Ganz zu schweigen von den Behandlungsmethoden: Medikamentöse Behandlungen sind noch relativ präzise erfasst, aber Psychotherapie und andere Formen von (psychosozialen) Interventionen sind sehr mager abgebildet. Häufig lässt sich die Entwicklung nur dann ausreichend beurteilen, wenn das Dossier und damit die Kranken- und Behandlungsgeschichte

durch Austrittsberichte aus stationärer Behandlung oder umfassender durch gute Gutachten aufgearbeitet wurde. Häufig aber mussten wichtige Fragen offen bleiben.

- Es erwies sich als sehr schwer, die Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen den jeweiligen Krankheits-/Behandlungs-Episoden zuzuordnen, da sämtliche Informationen immer nur aus externen und nachträglich verfassten Berichten entnommen werden können. Hinzu kommt das Problem, dass in den Dossiers oft viele ungenaue und z.T. widersprüchliche Angaben von verschiedenen Akteuren und Institutionen identifiziert werden können. Trotz ihrer grossen Bedeutung für den Eingliederungsverlauf ist deshalb die Arbeitsfähigkeit oft nicht ausreichend dokumentiert, um die Notwendigkeit und den Erfolg von Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen abschätzen zu können.
- Pro Dossier mussten für die Intensivkodierung mindestens 3 und bis zu 6 Stunden veranschlagt werden, um die Verläufe ausreichend verstehen und erfassen zu können.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

5.1 Aufwand der Datenerhebung und -plausibilisierung

Die *Datenerhebung* bzw. die Kodierung der Dossierinformationen mit einem strukturierten Erfassungsraster erwies sich als wesentlich aufwändiger als ursprünglich angenommen. So wurde für die sogenannte „Schnellkodierung“ (formale Erfassung von Merkmalen) ein Aufwand von ½ Stunde pro Dossier und für die „vertiefende Analyse“ (inhaltliche Erfassung von Merkmalen) ein Aufwand von 1 Stunde pro Dossier budgetiert. Tatsächlich aber wurden für die Schnellkodierung durchschnittlich 2½ und für die vertiefende Analyse 4½ Stunden benötigt. Der wesentlich grössere Aufwand für die Datenerhebung dürfte v.a. im oft grossen Umfang der Versichertendossiers, der Komplexität der Informationen und in der (je nach IV-Stelle) wenig strukturierten Form der Dossiers begründet liegen.

Weiter zeigte sich, dass die vertiefende Analyse primär von qualifizierten Mitarbeitenden mit fundierten Kenntnissen zumindest im Bereich Psychiatrie durchgeführt werden sollten.

Neben der Datenerhebung erwies sich aber auch die *Datenplausibilisierung* bei der Schnellkodierung als äusserst aufwändig. Trotz Schulung der Kodiererinnen fanden sich in den Rohdaten im Rahmen einer ersten Kontrolle relativ viele Fehler und Inkonsistenzen. In vielen Fällen war es für die Fehlerkorrektur notwendig, direkt in den Dossiers zu recherchieren, um die eigentliche Quelle der Inkonsistenzen zu identifizieren bzw. die Missverständnisse der Kodiererinnen zu verstehen. Immerhin konnte abschliessend ein validierter/bereinigter Datensatz mit einer konsistenten zeitlichen Strukturierung, der die Stichprobenschichtung gemäss IV-Registerdaten wiedergibt, erstellt werden.

Im Allgemeinen wurde angestrebt, eine automatisierte Korrektur der Inkonsistenzen zu entwickeln. Dies war allerdings nur bei Fällen möglich, bei denen sich allgemeine Korrekturregeln etablieren liessen. Bei den anderen Fällen war es notwendig, die Korrekturen als Einzelkorrektur in die Datenplausibilisierungssyntax einzufügen.

Für eine allfällige weiterführende Studie wird eine umfassende Schulung der Mitarbeitenden, welche Dossiers kodieren, unabdingbar sein. Darüber hinaus muss auch der Erfassungsprozess engmaschig begleitet werden, um allfällige Unklarheiten und Fehler frühzeitig zu erkennen. So dürften die meisten der beobachteten Fehler vermieden werden können.

5.2 Prüfung der Dokumentationsqualität

5.2.1 Formale Prüfung auf Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentation

Dokumentation zentraler Merkmale: Von zentralem Interesse für die vorliegende Studie sind die Merkmalsbereiche psychische Krankheit, psychiatrische Diagnosen, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen, Arten dieser Behandlungen. Für diese liegen bei fast allen Fällen der Untersuchungsstichprobe (N=119) Informationen in den Versichertendossiers vor.

Dokumentationsqualität Behandlungen: Insgesamt wurde die Dokumentationsqualität im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen bei rund zwei Drittel der Fälle als gut und bei rund einem Drittel als gering bis schlecht eingestuft.

Zeitliche Verortung: Die zeitliche Verortung der Krankheits- und Behandlungsepisoden ist mit Einschränkungen möglich: Der Beginn der Episoden ist zwar meistens erfasst, hingegen liegt nur bei einer begrenzten Zahl der Episoden auch ein Enddatum vor (15% der Krankheiten; 52% der Be-

handlungen). Bei einem Teil der Fälle ist dies aufgrund der Dossierinformationen eindeutig auf einen chronischen Verlauf zurückzuführen. Berücksichtigt man dies, kann der Anteil Fälle, für die eine Dauer berechnet werden kann, erhöht werden. Bei den anderen Fällen sind die Ursachen für fehlende Enddaten nicht eindeutig erklärbar: Sie können zwar ebenfalls Ausdruck einer Chronizität sein, aber eben auch das Ergebnis der Dokumentationspraxis, indem der weitere Verlauf bestimmter Phänomene möglicherweise nicht im Fokus der IV stand und oft gar nicht mehr geprüft wurde.

Prüfung von Behandlungsoptionen: Angaben zur Prüfung der Ausschöpfung von Behandlungsmöglichkeiten durch die IV konnten in sehr wenigen Fällen identifiziert werden.

Dokumentation der Behandlungsergebnisse: Die Angemessenheit sowie die Ergebnisse der medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und der Eingliederungsmassnahmen lassen sich häufig sehr eingeschränkt und in vielen Dossiers gar nicht bewerten, da sie häufig nicht dokumentiert sind. Insbesondere die Angaben zur Arbeitsfähigkeit und zum Bedarf für weitere Therapien/Massnahmen sind sehr ungenügend kaum abgebildet. Bei Dossiers, in denen die Krankengeschichte und die Behandlungen durch ein Gutachten aufgearbeitet wurden oder eingeschränkt, bei denen der RAD mit der Bewertung eines Behandlungsbedarfs etc. beauftragt wurde, liegen zum Zeitpunkt der Vorlage des Gutachtens bzw. der RAD-Mitteilung aussagekräftige Angaben für die Planung weiterer Interventionen vor.

5.2.2 Inhaltliches Potenzial

Obwohl im Rahmen der Prüfung der Dokumentationsqualität vorwiegend formale Aspekte der interessierenden Merkmale erfasst wurden, lassen sich dennoch einige erste explorative Analysen zu den Beziehungen zwischen den Variablen anstellen. Diese veranschaulichen das mögliche Auswertungspotenzial einer umfassenderen, „inhaltlichen“ Erfassung der Variablen. Folgende Befunde zeigten sich:

Krankheits- und Behandlungsepisoden: Eine Mehrheit der versicherten Personen weisen mindestens zwei oder mehr dokumentierte Krankheits- oder Behandlungsepisoden aus (Maximum: acht Episoden). Die Anzahl psychischer Krankheitsepisoden variiert in der untersuchten Stichprobe nicht nach Alter, Geschlecht und Gebrechenscode (641-646) der versicherten Personen; und auch für die Zahl psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsepisoden lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede nach diesen drei Merkmalen feststellen. Hingegen zeigen sich Unterschiede bei körperlichen Krankheitsepisoden, die besonders häufig bei Personen mit Gebrechenscode 646 und bei über 45-Jährigen dokumentiert werden.

Krankheits-/Behandlungs-Episoden vor Erstkontakt: Es fällt auf, dass eine Mehrheit der erfassten psychischen Krankheitsepisoden (74%), der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden (69%) und der körperlichen Krankheitsepisoden (61%) bereits vor dem Erstkontakt mit der IV begonnen haben – und dies z.T. sogar lange (d.h. mehrere Jahre) vorher¹³. Dies deutet darauf hin, dass die gesundheitlichen Probleme der versicherten Personen, die letztendlich zu einer Antragsstellung bei der IV führen, oft eine bereits längere Vorgeschichte haben dürften. Die versicherten Personen sind zwar medizinisch betreut, es ist aber nicht feststellbar, ob sie adäquat versorgt sind. Der Befund deutet auch auf eine mögliche Schwierigkeit hin, wenn nach dem IV-Erstkontakt weitere Behandlungen veranlasst werden, da diese dann oft auf bereits bestehende Behandlungsarrangements abgestimmt werden müssen bzw. müssten.

¹³ Auf der Ebene der versicherten Personen sind es gar 94%, bei denen psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen dokumentiert sind, die bereits vor dem Erstkontakt mit der IV initiiert wurden.

Darüber hinaus sind auch bei rund der Hälfte der versicherten Personen nur psychiatrische Behandlungen dokumentiert, die bereits vor dem Erstkontakt mit der IV initiiert wurden. D.h. bei jedem zweiten Klienten werden während der IV-Abklärung keine neuen Behandlungen in die Wege geleitet.

Behandlungssequenzen: Es lassen sich rein formal verschiedene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungssequenzen identifizieren, wobei v.a. drei Varianten überwiegen (82% der Fälle):

- 1) nur eine Behandlung wird über einen bestimmten Zeitraum durchgeführt;
- 2) eine erste Behandlung wird nach einer gewissen Zeitspanne mit einer zweiten kombiniert, welche dann beide zeitlich parallel laufen;
- 3) eine zweite Behandlung wird nach Abschluss einer ersten neu aufgenommen.

Darüber hinaus gibt es aber auch rund ein Sechstel von versicherten Personen mit komplexen Behandlungssequenzen, welche durch eine Abfolge oder auch Kombination von mehreren Behandlungen charakterisiert sind. Die Behandlungssequenzen sind bis zu einem gewissen Grad abhängig vom Alter und dem Gebrechenscode der versicherten Personen.

Entwicklung der Behandlungen im Zeitverlauf: Häufigkeit und Vielfalt von Behandlungen scheinen nach dem Erstkontakt mit der IV zuzunehmen, um gegen Schluss des Abklärungsprozesses wieder abzunehmen. Dieser Befund muss aber v.a. als in den Dossiers abgebildete Realität betrachtet werden: d.h., sie ist das Ergebnis des Dokumentationsprozesses. Auf diesem Hintergrund können fehlende Enddaten bei Behandlungen und Krankheiten auch ein Ergebnis der Dokumentationspraxis sein, indem primär interessiert, wann bestimmte Interventionen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen begonnen haben. Hingegen wird möglicherweise weniger geprüft, ob eine bestimmte Behandlung fort dauert oder aber beendet wurde.

5.3 Schlussfolgerungen

Das Hauptanliegen der ursprünglich vom BSV im Frühjahr 2012 ausgeschrieben Studie war die Darstellung der Behandlungssituation der Zielgruppe¹⁴ vor und während eines Rentenbezugs. Dazu kann festgehalten werden, dass die Abbildung des zeitlichen Verlaufes des IV-Abklärungsprozesses über die Etappen Erstkontakt–Eingliederungsmassnahmen–Rentenbeschluss–Rentenrevision auf der Grundlage der Dossierinformationen gut möglich ist; auch die Zeit vor dem Kontakt mit der IV ist häufig dokumentiert. Allerdings scheint insbesondere der Zeitraum ab Erstkontakt bis zum ersten Rentenbeschluss in Bezug auf Behandlungen eine hohe Informationsdichte aufzuweisen.

Darüber hinaus formulierten die Auftraggebenden eine Reihe von spezifischeren Fragen, welche sich drei Themenkomplexen zuordnen lassen: 1) Merkmale der psychisch erkrankten Person (Soziodemografie, vorliegende Diagnosen etc.); 2) Therapieverlauf, wobei zwischen Merkmalen der Behandlung im engeren Sinne und der Rolle der involvierten IV-Stellen differenziert werden sollte; 3) Bezug zur Eingliederungs- und Rentensituation (d.h. Zusammenhänge Erkrankung und Therapieverlauf mit Erwerbsverhalten). Als Ergebnis der vorliegenden Machbarkeitsstudie können wir folgende Kurz-Bilanz ziehen:

- Themenkomplex 1 (Versicherten-Merkmale): gut dokumentiert, zuverlässige Informationen.
- Themenkomplex 2 (Behandlungen, Rolle der IV): Behandlungen sind dokumentiert, aber deren zeitliche Verortung erweist sich teilweise als schwierig. Behandlungen im Bereich psychothera-

¹⁴ D.h. Personen mit einer psychischen Erkrankung, die sich zwischen 2005-2010 bei der IV angemeldet haben bzw. im Rahmen der Früherfassung gemeldet wurden (vgl. Kapitel 1.2).

apeutischer Interventionen sind nur dürftig abgebildet in den Versichertendossiers im Unterschied zu anderen medizinischen und medikamentösen Interventionen. Die Aktivitäten der IV sind partiell abgebildet, nicht alle Massnahmen lassen sich aufgrund der Dossierinformationen aber nachvollziehen.

- Themenkomplex 3 (Beziehungen zur Eingliederungs- und Rentensituation): Beziehungen von Merkmalen aus den Themenkomplexen 1 und 2 (z.B. Zusammenhänge zwischen Versichertenmerkmalen und Eingliederungssituation) können z.T. hergestellt werden. Eigentliche kausale Analysen und Interpretationen (etwa zur Erklärung des Eingliederungserfolges) sind jedoch aufgrund der Datenlage nicht vertretbar.

Die vorhandenen Daten ermöglichen aussagekräftige allgemeine Analysen zu Art und Häufigkeit von psychischen Belastungen und zur diesbezüglichen Versorgungslage von versicherten Personen. Weitere Merkmale jedoch, die sowohl für die Beurteilung der Qualität der Versorgung als auch für die Entscheidung, ob und welche Behandlungsmassnahmen bei einer individuellen versicherten Person nützlich waren oder zukünftig angemessen wären, lassen sich aus den Dossiers häufig nicht entnehmen.

Für die Bewertung der Angemessenheit und des Ergebnisses durchgeführter Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie für eine Planung und Initiierung weitergehender Massnahmen sind die vorhandenen Informationen und ihre Strukturierung meist nicht ausreichend geeignet. Nur in Dossiers, in denen die Krankengeschichte und die Behandlungen durch ein Gutachten aufgearbeitet wurden oder eingeschränkt, bei denen der RAD mit der Bewertung eines Behandlungsbedarfs etc. beauftragt wurde, liegen zum Zeitpunkt der Vorlage des Gutachtens bzw. der RAD-Mitteilung aussagekräftige Angaben für die Planung weiterer Interventionen vor.

Die Dossiers sind oft wenig strukturiert. Sie enthalten vorwiegend Dokumente, welche für die Kommunikation unter medizinischem Fachpersonal, aber nicht für die Fallsteuerung vorgesehen sind. Die für ein Verständnis der Krankheits- und Behandlungsphasen notwendigen Informationen sind weit verteilt und oft unvollständig. Um als Grundlage für eine Steuerung der medizinischen Versorgung in der individuellen Fallbetreuung dienlich zu sein, müssten die Dossiers klarer strukturiert sein und alle erforderlichen Informationen enthalten.

Für die Vorstrukturierung der Angaben in den Dossiers vor der Kodierung und zur Einordnung verschiedener dokumentierter Ereignisse und Phasen im zeitlichen Verlauf hat sich eine chronologische, tabellarische Aufbereitung der wichtigsten Daten bewährt. Diese könnte auch als Beispiel für die Aufbereitung der Dossiers für die individuelle Fallarbeit dienen.

Die Vollständigkeit der Daten v.a. auch im Hinblick auf die zentrale Grösse der Arbeitsfähigkeit im Zeitverlauf war sehr ungenügend. Es werden zwar vorstrukturierte Fragebögen für die Abfrage der Informationen bei den Haus- und Fachärzten verwendet, welche die Angaben aber oft nicht oder nicht in ausreichender Qualität ihre Angaben der IV liefern. Hier sollten Massnahmen ergriffen werden, um den Datenzufluss zur IV-Stelle zu verbessern. Dies könnte einerseits bei den Kenntnissen der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ansetzen, andererseits aber auch bei einer Überprüfung der Formberichte bzw. Fragebögen, mit denen die Informationen bei den verschiedenen Stellen erfragt werden.

5.4 Ausblick

Die ursprünglich anvisierte Hauptstudie kann u.E. partiell realisiert werden. Für die Themenkomplexe 1 und 2 (s.o.) sollten sich relevante Informationen aus den Versichertendossiers in ausreichender

Qualität extrahieren lassen. Allerdings müsste der zeitliche und finanzielle Rahmen der Studie grundlegend überdacht werden, da der Aufwand für die erforderlichen Dossieranalysen sehr hoch ist. Darüber hinaus ist zu beachten, dass kausale Analysen, bei denen bestimmte Behandlungsparameter zum Eingliederungserfolg in Bezug gesetzt werden (vgl. Themenkomplex 3), kaum realisierbar sind aufgrund der teilweise lückenhaften Erfassung der Behandlungsparameter.

Wir erachten es aber als lohnenswert auch andere Optionen für weiterführende Studien zu prüfen. Als wertvoll würden wir besonders eine Untersuchung der Fallführung und -Dokumentationspraxis in den IV-Stellen erachten. Hintergrund: Im Rahmen der vorliegenden Studie zeigten sich ja verschiedene Eigenheiten und Schwierigkeiten der Dokumentationspraxis und bei der Fallsteuerung der IV-Stellen – auf diese Punkte wurde in Kapitel 4.4 eingegangen: Es entstand u.a. der Eindruck, dass Arztberichte zur gesundheitlichen und zur Behandlungssituation der versicherten Personen teilweise unvollständig sind, obwohl die entsprechenden IV-Formulare spezifischere Informationen abfragen. Diesen lückenhaften Informationen wurden dabei nicht immer durch Nachforderungen behoben. Darüber hinaus gab es Hinweise, dass die Steuerung der betreuten Fälle beeinträchtigt wurde durch Informationslücken in den Dossiers sowie durch fehlende Möglichkeiten, medizinische, Eingliederungs- und flankierende sonstige Massnahmen zwischen den verschiedenen Akteuren/innen zu koordinieren. Eine weiterführende Studie könnte hier ansetzen und gezielter – d.h. basierend auf konkreten Kriterien – die Dokumentationspraxis und Fallführung untersuchen. Ein besonderes Augenmerk könnte dabei psychotherapeutischen Behandlungen gelten, welche i.d.R. schlecht dokumentiert sind. Die Ergebnisse könnten Grundlagen für die Entwicklung von Dokumentationsstandards liefern, die eine effektivere Koordination und Kontrolle der Behandlungen einer versicherten Person durch die IV-Stellen erlauben würden.

Erst wenn die Dokumentation der Behandlungen, in welche versicherte Personen involviert sind, solider und „inhaltlich“ präziser ist, könnten allenfalls auch prospektive Verlaufsanalysen vorgenommen werden. Wir beurteilen den Nutzen prospektiver Analysen aber eher zurückhaltend. Es ist u.E. zweifelhaft, ob im Rahmen von Falldossiers Informationen zum Krankheits- und Behandlungsverlauf von versicherten Personen im erforderlichen Detaillierungsgrad gesammelt werden können, dass zuverlässige und aussagekräftige Analysen vorgenommen werden können.

6 Literaturverzeichnis

- Apfel, T., & Riecher-Rössler, A. (2005). Werden psychisch Kranke zu schnell in die Rente "abgeschoben"? *Psychiatrische Praxis*, 32, 172-176.
- Baer, N., Fasel, T., Frick, U., & Wiedermann, W. (2011). «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bern.
- Bolliger, C., Fritschi, T., Salzgeber, R., Zürcher, P., & Hümbelin, O. (2012). Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Brzinsky-Fay, C., Kohler, U., & Luniak, M. (2006). Sequence analysis with Stata. *The Stata Journal*, 6(4), 435-460.
- Condrau, M., Müller, C., Eichenberger, A., Gossweiler, L., & Rössler, W. (2001). Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt. *Psychiatrische Praxis*, 28, 270-274.
- Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan.
- Herd, J., Winkel, H., & Laskowska, B. (2010). Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen. Bern Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Nussbaum, C., Riecher-Rössler, A., Grize, L., & Apfel, T. (2008). Nützen Behandlungsempfehlungen in psychiatrischen versicherungsrechtlichen Gutachten? *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 76, 160-165.
- OECD. (2012). Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. *Mental health and work*: OECD.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., & Hell, D. (2002). Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatrische Praxis*, 29(2), 68-75.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W., & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 686-694.
- Rüesch, P., & Manzoni, P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Edition Obsan).
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan.
- Wanner, P. (2012). La situation économique des rentiers AI. Bern: Office fédéral des assurances sociales (Rapport de recherche No. 3/12.).

Anhang

Anhang 1: Erfassungsraster für die formale „Schnellkodierung“ der Dokumentationsqualität

Abbildung 9: Datenerfassungsmaske des Rasters für die Schnellkodierung

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	NAVS	IVST_TXT	GEBDAT	SEX	STAAT	EPI_GESPSY	EPI_GESPSY_DAT	GESPSY_DATBEG	GESPSY_DATEND	EPI_PSY_DIA1	EPI_PSY_BEH	EPI_PSY_BEH
2		Zürich										
3		Zürich										
4		Zürich										
5		Zürich										
6		Zürich										
7		Zürich										
8		Zürich										
9		Zürich										
10		Zürich										
11		Zürich										
12		Zürich										
13		Zürich										
14		Zürich										
15		Zürich										
16		Zürich										
17		Zürich										
18		Zürich										
19		Zürich										
20		Zürich										
21		Zürich										
22		Zürich										
23		Zürich										

Tabelle 25: Legende des Kodierungsrasters mit den erfassten Variablen

Variablenname	Variablenbezeichnung	Variablenausprägungen	Missings
Daten IV-Stichprobe			
NAVS	Neue Versichertennummer		
IVST_TXT	IV-Stelle		
Personalangaben			
GEBDAT	Geburtsdatum	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	
SEX	Geschlecht	0: Mann 1: Frau	
STAAT	Staatsangehörigkeit	Freitext Staat	
Chronologischer Ablauf Krankheits-und Behandlungsepisoden Episode k (=1-8)			
Psychische Gesundheit, Zustand: Episode k			
EPk_GESPSY	Angaben zur psychischen Gesundheit Episode k	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
EPk_GESPSY_DAT	Datum des Eintrages im Dossier Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_GESPSY_DATBEG	Datumsangabe Beginn Episode k	Datum= tt.mm.jjjj (z.B.14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_GESPSY_DATEND	Datumsangabe Ende Episode k	Datum= tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_PSY_DIA1	Psychiatrische Hauptdiagnose Episode k	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung: Episode k			
EPk_PSY_BEH	Psychiatrisch-psychother. Behandlung Episode k	0: nein 1: ja	999: keine Angabe

Variablenname	Variablenbezeichnung	Variablenausprägungen	Missings
EPk_PSY_BEH_DAT	Datum des Eintrages im Dossier Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_PSY_BEH_START	Psychiatrisch-psychother. Behandlungsbeginn Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_PSY_BEH_END	Psychiatrisch-psychother. Behandlungsende Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_PSY_BEH_A	Psychiatrisch-psychother. Behandlung Episode k: Setting. Beispiele: ambulant, teilstationär, stationär	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
EPk_PSY_BEH_B	Psychiatrisch-psychother. Behandlung Episode k: Umfang Beispiele: Krisenintervention, Beratung, Psychotherapie, integrierte psychiatrische Behandlung, Sachhilfe, Abklärung, Begutachtung	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
EPk_PSY_BEH_C	Psychiatrisch-psychother. Behandlung Episode k: Methode. Beispiel: Psychotherapie, Psychopharmaka, Ergotherapie, Physio-Sporttherapie, Sonstiges	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
EPk_PSY_BEH_QUAL	Dokumentationsqualität der psychiatr.-psychotherap. Versorgung	0: schlecht=keine Angaben 1: gering=wenige, unpräzise Angaben 2: mittel=einige Angaben mit rel. genauen Daten (wenigstens Angaben zu Monat/Jahr)	
Somatische Gesundheit, Zustand: Episode k			
EPk_GESSOM	Angaben zur somatischen Gesundheit bei Beginn somat. Behandlung Episode k	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	

Variablenname	Variablenbezeichnung	Variablenausprägungen	Missings
EPk_GESSOM_DAT	Datum des Eintrages im Dossier Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_GESSOM_DATBE G	Datumsangabe Beginn Episode k	Datum= tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_GESSOM_DATEN D	Datumsangabe Ende Episode k	Datum= tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EPk_SOM_DIA1	Somatische Hauptdiagnose Episode k	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
Somatische Versorgung: Episode k			
EPk_SOM_BEH	Medizin. Behandlung Episode k	0: nein 1: ja	999: keine Angabe
EPk_SOM_BEH_DAT	Datum des Eintrages im Dossier Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
Sonstige Versorgung: Episode k			
EPk_OTHER_BEH	Sonstige Versorgung Episode k	0: nicht vorhanden 1: vorhanden	
EPk_OTHER_BEH_DAT	Datum des Eintrages im Dossier Episode k	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900

Variablenname	Variablenbezeichnung	Variablenausprägungen	Missings
Zeitliche Strukturierung in wichtige Phasen des IV-Prozesses			
Phase Erstkontakt			
GESPROB_IV	Gesundheitsproblem ursächlich für IV-Anmeldung	0: keine Erwähnung 1: psychisches Gesundheitsproblem(e) 2: somatisches Gesundheitsproblem(e) 3: psychisches und somatisches Gesundheitsproblem(e)	
FIRST_DAT	Datum Erstkontakt mit IV	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
RENT_ANTR	Rentenanspruch gestellt	0: nein 1: ja	
RENT_ANTR_DAT	Rentenanspruch gestellt-Datum	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 14.05.1997)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
Phase Eingliederungsmassnahmen 1 (Frühinterventionsmass., Integrationsmassn., Berufliche Massnahmen)			
EINGL1_FIRST_DATE	Datum Beginn (der ersten) Eingliederungsmassnahme	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EINGL1_FIRST_TEXT	Art der ersten Eingliederungsmassnahme	Freitext	
EINGL1_LAST_DATE	Datum Ende (der letzten) Eingliederungsmassnahme	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EINGL1_LAST_TEXT	Art der letzten Eingliederungsmassnahme	Freitext	
Phase Beschluss 1 (Rente bewilligt/abgelehnt, Fallende)			
CLOSE1_DAT	Datum Beschluss Rentenzusprache oder Fallende	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900

CLOSE1_RENT	Rentenbeschluss	0: Rente abgelehnt 1: Rente bewilligt	
BEHOPT_1	Angaben zur Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten	0: keine Angaben 1: Behandlungen nicht/zu wenig ausgeschöpft 2=Behandlungen ausgeschöpft	
Phase Eingliederungsmassnahmen 2 nach Beschluss 1 (Integrationsmassn., Berufliche Massnahmen)			
EINGL2_FIRST_DATE	Datum Beginn (der ersten) Eingliederungsmassnahme	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EINGL2_FIRST_TEXT	Art der ersten Eingliederungsmassnahme	Freitext	
EINGL2_LAST_DATE	Datum Ende (der letzten) Eingliederungsmassnahme	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
EINGL2_LAST_TEXT	Art der letzten Eingliederungsmassnahme	Freitext	
Phase Beschluss 2 (Rente bewilligt/abgelehnt, Fallende)			
CLOSE2_DAT	Datum Beschluss Rentenzusprache oder Fallende	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
CLOSE2_RENT	Rentenbeschluss	0: Rente abgelehnt 1: Rente bewilligt	
BEHOPT_2	Angaben zur Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten	0: keine Angaben 1: Behandlungen nicht/zu wenig ausgeschöpft 2=Behandlungen ausgeschöpft	
Phase Rentenrevision 1			
RENT_REV1_DAT	Datum Rentenrevision 1	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
RENT_REV1_TEXT	Rentenrevision 1 Beschluss	Freitext	
BEHOPT_RV1	Angaben zur Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten	0: keine Angaben 1: Behandlungen nicht/zu	

		wenig ausgeschöpft 2=Behandlungen ausgeschöpft	
Phase Rentenrevision 2			
RENT_REV2_DAT	Datum Rentenrevision 2	Datum=tt.mm.jjjj (z.B. 08.07.1954)	Tag fehlt: 15; Monat fehlt: 06; keine Angabe: 15.06.1900
RENT_REV2_TEXT	Rentenrevision 2 Beschluss	Freitext	
BEHOPT_RV2	Angaben zur Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten	0: keine Angaben 1: Behandlungen nicht/zu wenig ausgeschöpft 2=Behandlungen ausgeschöpft	

Anhang 2: Datenbereinigung, Inkonsistenzen

Tabelle 26: Inkonsistenzen bei der Datenerfassung der IV-Dossiers und deren Bereinigung (Basis: N=119 Dossiers)

1) Inkonsistenzen bei psychischer und somatischer Gesundheit und Behandlung	
Variable	EPk_GESPSY (Angaben zur psychischen Gesundheit Episode k)
Automatisierte Korrektur	<p>(a) Falls mindestens eine valide Angabe zu Beginn (EPk_GESPSY_DATBEG), Ende (EPk_GESPSY_DATEND) oder psy. Hauptdiagnose (EPk_PSY_DIA1) vorhanden, sollte (EPk_GESPSY) als vorhanden (um)kodiert sein. (Valide Angaben: alles ausser „missing“, 15.06.1990, 15.06.2020)</p> <p>(b) Datum des Eintrages im Dossier (EPk_GESPSY_DAT) kann angegeben sein, ohne dass EPk_GESPSY als „vorhanden“ (um)kodiert wird.</p>
Variable	EPk_PSY_BEH (Psychiatrisch-psychother. Behandlung Episode k)
Automatisierte Korrektur	<p>(a) Falls mindestens eine valide Angabe zu Beginn (EPk_PSY_BEH_START), Ende (EPk_PSY_BEH_END) vorhanden, sollte EPk_PSY_BEH als vorhanden (um)kodiert sein. (Valide Angaben: alles ausser „missing“, 15.06.1990, 15.06.2020)</p> <p>(b) Falls Beginn (EPk_PSY_BEH_START) und Ende (EPk_PSY_BEH_END) nicht vorhanden, aber mindestens zwei der Behandlungsbeschreibungen (Setting/Umfang/Methode bzw. EPk_PSY_BEH_A/ EPk_PSY_BEH_B/ EPk_PSY_BEH_C) vorhanden, sollte EPk_PSY_BEH als „vorhanden“ (um)kodiert sein.</p> <p>(c) Datum des Eintrages im Dossier (EPk_PSY_BEH_DAT) & Dokumentationsqualität (EPk_PSY_BEH_QUAL) spielen keine Rolle für die Bestimmung des Vorhandenseins EPk_PSY_BEH.</p>
Variablen	<p>EPk_GESPSY_DATBEG (Datumsangabe Beginn Episode k)</p> <p>EPk_GESPSY_DATEND (Datumsangabe Ende Episode k)</p> <p>EPk_PSY_BEH_START (Psychiatrisch-psychother. Behandlungsbeginn Episode k)</p> <p>EPk_PSY_BEH_END (Psychiatrisch-psychother. Behandlungsende Episode k)</p>
Einzelkorrektur	Tippfehler und unlogische Werte wurden nach Dossierprüfung als Einzelkorrektur geändert
Variable	EPk_GESSOM (Angaben zur somatischen Gesundheit bei Beginn somat. Behandlung Episode k)
Automatisierte Korrektur	<p>(a) Falls mindestens eine valide Angabe zu Beginn (EPk_GESSOM_DATBEG), Ende (epk_gessom_datend) oder som. Hauptdiagnose (EPk_GESSOM_DATEND) vorhanden, sollte EPk_GESSOM als vorhanden (um)kodiert sein. (Valide Angaben: alles ausser „missing“, 15.06.1990, 15.06.2020)</p> <p>(b) Datum des Eintrages im Dossier (EPK_GESSOM_DAT) kann angegeben sein, ohne dass EPk_GESSOM als „vorhanden“ (um)kodiert wird.</p>

1) Inkonsistenzen bei psychischer und somatischer Gesundheit und Behandlung (Fortsetzung)	
Variablen	EPk_GESSOM_DATBEG (Datumsangabe Beginn Episode k) EPk_GESSOM_DATEND (Datumsangabe Ende Episode k)
Einzelkorrektur	Tippfehler und unlogische Werte wurden nach Dossierüberprüfung als Einzelkorrektur geändert
2) Merkmale des IV-Abklärungsprozesses	
Variable	GESPROB_IV (Gesundheitsproblem ursächlich für IV-Anmeldung)
Einzelkorrektur	Die 3 Fälle mit „missing“ bei GESPROB_IV wurden recherchiert und korrigiert.
Variable	FIRST_DAT (Datum Erstkontakt mit IV)
Korrektur	Die komplexen Fälle mit einer Erstanmeldung in den 1990-er Jahren und einer Wiederanmeldung ab 2005 wurden durch eine Dummy-Variable gekennzeichnet, und die Tippfehler wurden korrigiert. Für die weitere Datenplausibilisierung und quantitative Analyse wurde Erstkontakt gemäss IV-Registrierdaten (d1_ddemande) verwendet statt einer Korrektur der abweichenden Fälle.
Variablen	RENT_ANTR (Rentenanspruch gestellt) RENT_ANTR_DAT (Rentenanspruch gestellt-Datum)
Korrektur (automatisiert & Einzelkorrekturen)	Erst einmal wurden Einzelkorrekturen eingefügt bei den Fällen, wo die Quelle der Inkonsistenz nicht systematisiert werden konnte. Nachher wurden die folgenden automatisierten Korrekturen vorgenommen: Die Fälle mit validem Rentenanspruchsdatum kombiniert mit einem „nein“ für Rentenanspruch wurden durch „ja“ ersetzt, (b) bei den Fällen, bei denen es einen Rentenanspruch bei Erstkontakt gab und damit Rentenanspruch mit „ja“ kodiert wurde, allerdings ohne Datum, wurde das Datum des Erstkontakts gemäss IV-Registerdaten eingefügt. Wegen der Fälle, bei denen es nicht ersichtlich war, ob es sich um einen Rentenanspruch handelt, wurde die korrigierte Variante von RENT_ANTR wie folgt definiert: 0: nein; 1: ja; 2: nicht ersichtlich.
Variablen	CLOSE1_DAT (Datum Beschluss Rentenzusprache oder Fallende) CLOSE1_RENT (Rentenbeschluss) CLOSE2_DAT (Datum Beschluss Rentenzusprache oder Fallende) CLOSE2_RENT (Rentenbeschluss)
Einzelkorrektur	Rentenbeschluss und Datum wurden korrigiert, damit „Rentenbezug“ gemäss IV-Registerdaten hergestellt werden konnte. Wegen der Fälle, die als hängig identifiziert wurden, wurde die korrigierte Variante von „Rentenbezug“ gemäss Kodiererinnen wie folgt definiert: 0: keine Rente; 1: Rentenbezug; 2: hängig.
Variablen	RENT_REV1_DAT (Datum Rentenrevision 1) RENT_REV1_TEXT (Rentenrevision 1 Beschluss) RENT_REV2_DAT (Datum Rentenrevision 2) RENT_REV2_TEXT (Rentenrevision 2 Beschluss)

Einzelkorrektur	<p>(a) Phase Rentenrevision 1: Die Fälle mit einem validen Rentenrevisionsdatum (valide Angaben: alles ausser „missing“, 15.06.1990 und vor 01.10.2012), allerdings ohne eine Beschreibung der Art des Rentenrevisionsbeschlusses wurden geprüft und korrigiert. Im Weiteren wurden die Fälle mit einem validen Rentenrevisionsdatum und einem unklaren Revisionsbeschluss (z.B. Datum statt Text erfasst) geprüft und korrigiert.</p> <p>(b) Phase Rentenrevision 2: Die Fälle mit inkonsistenten Angaben bei der zweiten Rentenrevisionsphase (z.B. eine zweite Rentenrevision vorhanden ohne eine erste Rentenrevision) wurden geprüft und korrigiert.</p>
-----------------	---

3) Zeitliche Strukturierung	
Variablen (validierte Version)	<p>EPk_GESPSY_DATBEG (Datumsangabe Beginn Episode k)</p> <p>EPk_GESPSY_DATEND (Datumsangabe Ende Episode k)</p> <p>EPk_PSY_BEH_START (Psychiatrisch-psychother. Behandlungsbeginn Episode k)</p> <p>EPk_PSY_BEH_END (Psychiatrisch-psychother. Behandlungsende Episode k)</p> <p>EPk_GESSOM_DATBEG (Datumsangabe Beginn Episode k)</p> <p>EPk_GESSOM_DATEND (Datumsangabe Ende Episode k)</p> <p>EINGL1_FIRST_DATE (Datum Beginn (der ersten) Eingliederungsmassnahme)</p> <p>EINGL2_FIRST_DATE (Datum Beginn (der ersten) Eingliederungsmassnahme)</p> <p>EINGL1_LAST_DATE (Datum Beginn (der letzten) Eingliederungsmassnahme)</p> <p>EINGL2_LASTTT_DATE (Datum Beginn (der letzten) Eingliederungsmassnahme)</p> <p>CLOSE1_DAT (Datum Beschluss Rentennzusprache oder Fallende)</p> <p>CLOSE2_DAT (Datum Beschluss Rentennzusprache oder Fallende)</p> <p>RENT_REV1_DAT (Datum Rentenrevision 1)</p> <p>RENT_REV2_DAT (Datum Rentenrevision 2)</p> <p>GEBDAT (Geburtsdatum)</p>
Kriterien	<p>(a) Konsistenz bei Beginn und Ende einer Krankheits- und Behandlungsepisode,</p> <p>(b) Konsistenz bei Variablen, die 2 Phasen aufweisen (z.B. Phase 2 nach Phase 1)</p> <p>(c) Konsistenz bei der Reihenfolge der Eingliederungsmassnahmen (bzw. die erste Eingliederungsmassnahme sollte immer vor der letzten Eingliederungsmassnahme vorkommen)</p> <p>(d) Geburtsdatum sollte nicht nach Erstkontakt vorkommen</p> <p>(e) Rentenanspruch, Rentenbeschluss/Fallende sowie Rentenrevision sollten nicht vor Erstkontakt vorkommen.</p>

Anhang 3: Fallbeispiel vertiefende Analyse

Tabelle 27: Beschreibung eines Beispielfalles für die vertiefende Analyse

PHASEN	IV STELLE	KRANKHEIT / BEHANDLUNG IN JEWEILIGEN PHASE	ERWERBSSTATUS
Vorgeschichte			
Geb.Datum: 01./xxxx (w)		<p>Dokument Arztbrief vom 6.4.xxxx (Arzt betont, er habe Patientin nie gesehen):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ab 23.12.xx in psychiatrischer Behandlung; gemäss Angaben der VP wegen einer Depression (<i>keine weiteren Angaben zu Diagnosen, Behandlung etc. vorhanden</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.04-31.10.xxxx: VP 100% gearbeitet Arbeitslos ab 23.12.xx Taggeldleistungen v. 23.12.xx-30.6.xx Kündigung 10./xx letzter Arbeitstag: 16.5.04 1.11.xx-31.10.xx Arbeitslosenkasse
Erstkontakt			
	Datum erste Kontaktaufnahme mit IV Stelle: 15.09.xxxx	<p>Klinikbericht 22.10.xxxx (Klinikaufenthalt vom 7.6.xx bis 30.9.xx):</p> <ul style="list-style-type: none"> leidensangepasste Tätigkeit möglich, erst halbtags, später ganztags, berufliche Umstellung ist zu prüfen, berufliche Massnahme „Ja“ Diagnosen: Paranoide Schizophrenie F20.0 seit ev. XXXX, sicher seit Frühling XXXX stabiler Zustand bei Einnahme der Medikamente Behandlung mit Psychopharmaka (Zyprexa etc.) absetzen der Medikamente durch VP, dadurch Verschlechterung (wann unklar...) Behandlung: Psychoedukation / Familieneinbezug seit August 2005 mittelgradige Negativsymptomatik man muss weiteren Verlauf abwarten, um stabilen Gesundheitszustand zu bewerten, mit Medikation „eigentlich mindestens 50% AF möglich“ <p>Psychiatrische Ambulanz vom 1.10.xx-21.12.xx:</p> <ul style="list-style-type: none"> ab 1.1.xxxx laut Arztbericht 100% arbeitsfähig 	<ul style="list-style-type: none"> seit ca. 10./xx 100% AUF ab 1.10.xxxx 50% AF (mit Medikation) ab 1.1.xxxx 100% AF (mit Medikation)
Eingl.mass.1			
	Keine		
Beschluss 1			
	Vorbescheid Rente abgewiesen: 26.9.xxxx	In dieser Phase weitere Behandlung durch Psychiatrische Ambulanz; dokumentiert v. 22.10.xxxx bis 30.08.xxxx (<i>ansonsten keine weiteren Angaben zu Diagnosen, Behandlung etc. vorhanden</i>)	

Tabelle 27: Beschreibung eines Beispielfalles für die vertiefende Analyse

PHASEN	IV STELLE	KRANKHEIT / BEHANDLUNG IN JEWEILIGEN PHASE	ERWERBSSTATUS
	01.10.xxxx: erneute Anmeldung bei IV Stelle	<p>seit 31.8.xxxx bis 26.10.xxxx Klinik mit 100% AUF/ Klinikbericht:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnose unverändert• Behandlung: Antipsychotische Therapie mit Zyprexa 25mg täglich und teilweise Temesta gegen depressive Symptome• Arbeitstherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie halbtags (Klinikintern)• Einzel- und Familiengespräche zur Aufklärung und Verbesserung der Compliance• Empfehlung durch Klinikarzt: geschützter Arbeitsplatz mindestens 50% AF nach Klinikaustritt (Gesundheitszustand hat sich gebessert gehabt)• Empfehlung wurde von vP abgelehnt; laut Arztbericht: „aufgrund mangelnder Motivation“ <p>Nach Austritt Weiterbehandlung durch Arztpraxis/ambulant (Psychiater und Psychologin bereits seit XXXX):</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnosen: Paranoide Schizophrenie, unvollständige Remission mit erheblicher Negativsymptomatik (F20.04) seit mindestens XXXX• Behandlung ambulant / Intensität alle 3-4 Wochen:<ul style="list-style-type: none">a) Psychopharmaka mit Zyprexa, teilweise Temestab) supportive sozialpsychiatrische Betreuung mit Konsultationen• Kontroverse Stellungnahmen in verschiedenen Arztbriefen z.B. zum Thema Compliance der vP: „fehlende Compliance bzw. Motivation“ versus „entspricht Anteil der Grunderkrankung“ (vP zeigt z.B. noch immer Ablehnung gegen Betreutes Wohnen/Tagesstruktur und setzt Medikamenteneinnahme ab)	Seit min. XXXX 100% AUF
Beschluss 2	Vorbescheid (19.05.xxxx) 100%-Rente bewilligt ab 10.10.xxxx		

Tabelle 27: Beschreibung eines Beispielfalles für die vertiefende Analyse

PHASEN	IV STELLE	KRANKHEIT / BEHANDLUNG IN JEWELIGEN PHASE	ERWERBSSTATUS
Revision 1	Revision per 01.06.xxxx / Bescheid IV-Rente unverändert (26.8.xx)	Klinikbericht vom 30.07.xxxx: <ul style="list-style-type: none">• Eintritt 27.12.xx und Austritt 9.7.xxxx• Verschlechterung seit Dezember XXXX• Diagnose: Paranoide Schizophrenie (F20.00 kontinuierlich)• stützende Gespräche, Medikamente, klinikinternes Therapieprogramm, Belastungsurlaube, Probewohnen in betreuter Wohnform (betreutes Wohnen wird jetzt von vP angenommen) Seit 12.1.xxxx im Heim „XXXX“ / Langzeittherapie: <ul style="list-style-type: none">• Besserung seit Sommer XXXX• Behandlung: 1x pro Monat integrierte psychiatrisch(Psychopharmakologische)-psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting (<i>keine weiteren Angaben vorhanden</i>)• Chronifizierung der Paranoiden Schizophrenie „trotz adäquater psychiatrischer Behandlung“ (gemäss Arztbericht)	50% geschützter Arbeitsplatz
Revision 2	Geplante Revision: November XXXX (Ergebnis noch offen)		